



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Närståendes upplevelser i samband med återupplivning av en anhörig i sjukhusmiljö

Robin Gunnarsson

Fredrik Brodd

Handledare: Stina Valdenäs

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona december 2014

Närståendes upplevelser i samband med återupplivning av en anhörig i sjukhusmiljö

Robin Gunnarsson
Fredrik Brodd

Sammanfattning

Bakgrund: Närstående kan uppleva återupplivning av en anhörig som traumatiskt och det har länge varit praxis att utesluta närstående ur rummet när återupplivning sker trots att det funnits en vilja hos närstående att närvara. Återupplivning kan framkalla stress hos närstående men att närvara har påvisats kunna ge fördelaktiga upplevelser. Sjuksköterskan har en viktig roll i att informera och hjälpa närstående i situationen men detta kompliceras av tidsbrist och kunskapsbrist samt en negativ inställning till att närstående närvarar.

Syfte: Syftet var att belysa närståendes upplevelser i samband med återupplivning av en anhörig i sjukhusmiljö.

Metod: En kvalitativ ansats användes i föreliggande litteraturstudie. Datainsamlingen resulterade i sex vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats och analyserades med Graneheim och Lundman (2004) tolkning av innehållsanalys.

Resultat: Sex kategorier framkom och användes i resultatet. Dessa sex kategorier var: *upplevde sig viktiga, kände sig väl omhändertagna, upplevde rädsla, upplevde maktlöshet, att inte störa samt ta svåra beslut.*

Slutsats: Det finns individuella skillnader i upplevelser där rädsla och en känsla av att vara omhändertagen är två av de mest förekommande beskrivna upplevelserna. Sjuksköterskan verkar ha en viktig roll i hur närståendes upplevelser gestaltar sig. Dock är mer empirisk forskning önskvärd då tillgången på denna är väldigt begränsad. Det kan vara önskvärt att implementera lokala sjukhusrutiner för omhändertagandet av närstående för att säkra en holistisk omvårdnad kring den anhörige.

Nyckelord: *Anhörig, närstående, sjukhusmiljö, upplevelser, återupplivande*

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	6
Utvecklingen av närståendes rättigheter vid återupplivningsförsök	6
Begreppsförklaring	8
Teoretisk referensram	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	9
Datainsamling	9
Analys	11
Resultat	11
Upplevde sig viktiga	11
Kände sig väl omhändertagna	12
Upplevde rädsla	13
Upplevde maktlöshet	13
Att inte störa	14
Ta svåra beslut	14
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Slutsatser	19
Självständighet	20
Referenser	21
Bilaga 1 Databassökningar	24
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	26
Bilaga 3 Exempel på innehållsanalys	27
Bilaga 4 Artikelöversikt	30

Inledning

Återupplivning av en anhörig är traumatiskt för närstående och det påverkar alla i situationen (Sak-Dankosky, Andruszkiewicz, Sherwood och Kvist 2013). Närståendes närvaro vid en återupplivning har tidigare beskrivits av sjukvårdspersonal som störande (Mitchell och Lynch 1997) och stressande (Howlett, Alexander och Tsuchiya 2010), däremot har närståendes perspektiv på situationen blivit mindre belyst (Doyle et al. 1987). Det har påvisats att majoriteten av närstående önskade närvara vid återupplivningen av en anhörig (Mitchell och Lynch 1997, Holzhauser, Finucane och De Vries 2005) men att närvaron och delaktigheten förblivit låg (Sak-Dankosky et al. 2013). Närståendes upplevelser har inte visats sig skada närståendes hälsa, inte heller att närvaron på något sätt hindrat en återupplivning (Leung och Chow 2012, Holzhauser et. al 2005).

Svenska rådet för hjärt- och lungräddning (2013) poängterar att närstående bör ha möjlighet att närvara vid återupplivning av en anhörig. Närstående är dock i behov av information och stöd genom sjuksköterskan i samband med det (Howlett, Alexander och Tsuchiya 2010). Ett personcentrerat och holistiskt synsätt där närstående är ett självklart inslag i omvårdnaden anses till och med kunna bidra till en mer fördelaktig upplevelse av situationen genom minskade skuld känslor, ökad förståelse för interventioner och förbättrade beslutsfattanden (Baumhover och Hughes 2009). Sjuksköterskor tycker generellt att det är deras ansvar att informera och stödja närstående men att detta hindras av personalbrist, tidsbrist och otillräcklig utbildning (McLaughlin, Melby och Coates 2013).

En ökad insikt i närståendes upplevelser kan möjliggöra en mer heltäckande personcentrerad vård från sjuksköterskan och ökar närståendes närvaro vid återupplivningar samt då också de gynnsamma effekter detta skulle kunna medföra. Det kan även vara av vikt för sjuksköterskor att ha kännedom om hur närståendes närvaro skulle kunna påverka deras upplevelser och vilka dessa upplevelser är. Vidare kan denna kunskap om närståendes upplevelser ge tankar och förslag till kliniska implementeringar som förbättrar omvårdnaden i samband med återupplivningar.

Bakgrund

Hjärt- och lungräddning (HLR) omfattar fyra olika interventioner: ventilation av lungorna, bröstkompressioner, defibrillering samt farmakologisk vård. Dessa interventioner syftar till att återställa cirkulation och andning efter ett hjärtstopp (Svenska rådet för hjärt- och lungräddning 2013). Det rapporteras ungefär 7200 fall per år där personer erhåller hjärt- och lungräddning i Sverige varav knappt hälften av dessa startas i sjukhusmiljö (Nationellt register för hjärtstopp 2013). En återupplivningssituation kan upplevas kaotisk. Minuterna mellan ett hjärtstopp och att interventioner påbörjas och upprätthålls är av yttersta vikt för överlevnaden hos individen (Wikstörms 2012).

På sjukhus samverkar ett stort team under denna tidspress vid en återupplivning. Läkare ordinerar lämpliga läkemedel och övervakar defibrillering, sjuksköterskor journalför händelseförloppet, administrerar läkemedel, utför kompressioner samt ventilation (Wikström 2012). Utöver detta kan det finnas mycket annan sjukvårdspersonal på plats. När många interventioner utförs samtidigt, mycket medicinteknisk apparatur är i bruk och närstående befinner sig i en främmande sjukhusmiljö där en anhörig riskerar att avlida bearbetas många intryck hos närstående. Närståendes upplevelser av vistelse i sjukhusmiljö är beskriven som främmande, deprimerande och stressande (Turner-Cobb, Smith, Ramchandani, Begen och Padkin 2015). En plats där dem blir fråntagna sin makt och förståelse (Turner-Cobb et al. 2015) men ändå med känslan av att vara i allians med sjukvårdspersonalen för deras anhöriges bästa (Linnarsson, Bubini och Preseius 2010). Miljön upplevs ofta högljudd, som händelsernas centrum där allt händer på samma gång (Robinson, Gott och Ingleton 2013).

Utvecklingen av närståendes rättigheter vid återupplivningsförsök

Det var länge under modern tid praxis att utesluta närstående i samband med återupplivning av en anhörig (Doyle et al. 1987). Doyle et al. (1987) hävdade att det fanns ett intresse hos närstående att närvara vid en återupplivning av en anhörig och att majoriteten av de närstående ställde sig positiva till att få närvara. Med detta som bakgrund startades ett familjenärvaroprogram upp där det senare framkom att närståendes eventuella sorgprocess kunde underlättas och att en majoritet av de närstående upplevde en god omvårdnad under återupplivningen av en anhörig (Doyle et al. 1987).

I de svenska etiska riktlinjerna för hjärt- lungräddning (2013) byggda på European resuscitation council guidelines for resuscitation författade av Nolan et al. (2010) beskrivs att närstående bör ha rätt att vara närvarande vid återupplivningen av en anhörig på sjukhus om detta inte påverkar patientens behandling negativt. Riktlinjerna är menade att fungera som ett stöd i sjuksköterskans och läkarens kliniska arbete och strävar mot att etiskt försvarbara handlingar utförs i en återupplivningssituation. Närstående ska också enligt lag respekteras och vårdas samt ges möjlighet att få vara delaktig vid utförandet av vården om inte sekretessen eller tystnadsplikten bryts (HSL 1982:763). Doyle et al. (1987) och Holzhauser et al. (2005) påstår att närstående kan få en mer positiv upplevelse av att vara med i rummet där återupplivning sker än att vänta utanför. Motsättningar finns då majoriteten av sjukvårdpersonalen är negativt inställda till att låta närstående närvara (Köberich, Kaltwasser, Rothaug och Albarran 2010, Leung och Chow 2012). Sjuksköterskan kan känna att närståendes närvaro i samband med en återupplivning stressar dem och inverkar negativt på deras arbete (Demir 2008 och Axelsson, Zettergren och Axelsson 2005). Sjuksköterskan oroar sig även över närståendes psykiska välmående under en återupplivning (Köberich et al. 2010).

Om närstående är med i samband med en återupplivning ska personal avsättas i syfte att ta hand om närstående för att ge stöd och information om själva händelsen. Det kan till exempel innebära att förklara utförda interventioner eller att trösta (Etiska riktlinjer för hjärt- lungräddning 2013). Detta hindras enligt McLaughlin et al. (2013) genom underbemanning och att sjuksköterskor har en otillräcklig kunskap inom ämnet. Howlett et al. (2010) menar att problematiken möjligen kan ligga i sjuksköterskans egen stress under en återupplivning. Att under detta förhållande samtidigt bemöta närståendes sorg och förtvivlan skapar ett obehag hos sjuksköterskan (Howlett et al. 2010).

Forskning i ämnet är troligen begränsad då ämnet först började belysas i slutet av 80-talet (Doyle et al. 1987). Därför kan det vara av vikt för sjuksköterskor som kommer i kontakt med återupplivningar att ha en sammanställning av de kvalitativa data som finns tillgänglig för sitt arbete. Föreliggande studie kan även ge en riktning för framtida forskning.

Begreppsförklaring

Närstående: Socialstyrelsen (2014) definierar närstående som; person som en individ känner en emotionell relation till. I denna studie behandlas ordet närstående som; person som patienten/den anhöriga har en emotionell relation till.

Anhörig: den stipulativa definitionen av anhörig i detta arbete är patienten som behöver eller genomgår hjärt- och lungräddning.

Upplevelse: King (1981) menar att en upplevelse intas av individens sinnen och formas sedan av dennas kognitiva förmåga. Alla människor har olika levda livsvärldar och detta påverkar hur ett fenomen upplevs. Eftersom alla individer har olika erfarenheter, behov, mål, självuppfattning, tid- och rumförhållande, socio-ekonomiska status, värderingar och utbildning får individen en egen upplevelse av ett fenomen (King 1981).

Återupplivning: avser hjärt- och lungräddning och situationen kring denna.

Sjukhusmiljö: miljön innanför sjukhusets väggar.

Teoretisk referensram

Travelbee (1971) har utformat en omvårdnadsteori om mellanmänskliga relationer.

Mellanmänskliga relationer är upplevelser framförallt i mötet mellan sjuksköterskan och dennes vårdtagare (Travelbee 1971). Dessa upplevelser karaktäriseras som patientens eller närståendes omvårdnadsbehov och att de blir besvarade. Mellanmänskliga relationer skapas medvetet av sjuksköterskan och ska möta både sjuksköterskans mål och patienten eller närståendes omvårdnadsbehov (Travelbee 1971). Den mellanmänskliga relationen är ett ömsesidigt förlopp där sjuksköterskan inte kan etablera relationen själv (Travelbee 1971). Både sjuksköterskan och patienten (eller närstående) måste hjälpas åt att etablera relationen. Det är dock sjuksköterskans ansvar att skapa kontakten och att utforma den (Travelbee 1971). Praktiskt kan detta innebära att närstående inte etablerar en kontakt i en återupplivningssituation utan förlitar sig på att sjuksköterskan ska skapa och hantera den.

Den mellanmänskliga relationen är en upplevelse som formas av olika förhållningssätt (Travelbee 1971). Dessa förhållningssätt kan vara: uppfattningar, tankesätt, känslor och agerandesätt. Varje individ i den här relationen uppfattar och agerar i relation till den andra individen. Sjuksköterskan ska uppfatta hela individen via ett holistiskt synsätt och inte se denna som t.ex. ett ”sängnummer” eller en ”sjukdom” (Travelbee 1971). Det viktigaste i den mellanmänskliga relationen är att patienten och den närståendes omvårdnadsbehov blir besvarade (Travelbee 1971). Ett omvårdnadsbehov är ett behov hos patienten eller den

närstående som kan bli besvarat av sjuksköterskan och som ligger inom sjuksköterskeyrkets ansvarsområde. Ett omvårdnadsbehov är även ett behov som, om det blir bemött, hjälper individen att hantera upplevelsen av ett sjukdomsförlopp eller lidande (Travelbee 1971). Sjuksköterskan skulle alltså kunna påverka närståendes upplevelser genom att bemöta ett omvårdnadsbehov korrekt.

Syfte

Syftet var att belysa närståendes upplevelser i samband med återupplivning av en anhörig i sjukhusmiljö.

Metod

En litteraturstudie med kvalitativ ansats användes för att sammanställa forskning i syfte att ge en överblick av befintligt material gällande närståendes upplevelser och på så vis belysa och ge kunskap inom ämnet. Olsson och Sörensen (2011) skriver att en litteraturstudies syfte är att sammanställa data ur litteratur, i detta fall vetenskapliga artiklar, för att svara på ett vetenskapligt problem. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) förklarar att man vill finna, granska och kvalitetsgradera relevanta studier och sedan sammanfatta dem för att finna ny kunskap.

Urval

Inklusionskriterierna för denna litteraturstudie bestod av att de vetenskapliga artiklarna hade kvalitativ ansats och att artiklarna belyste närståendes perspektiv. Inklusionskriterierna omfattade även att artiklarna var författande på engelska och att de hade genomgått en kollegial bedömning, även kallad peer-reviewed. Exklusionskriterierna uteslöt barn i åldrarna 0-18 år samt återupplivningar som skett utanför sjukhus.

Datansamling

Databassökningar gjordes i CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health) och kompletterades sedan med sökningar i PubMed. Karlsson (2013) förklarar att Cinahl specialiserar sig på området omvårdnad och kan innehålla artiklar som inte indexerats i PubMed. PubMed som även inriktar sig på bland annat medicin indexerar dock fler tidsskrifter (Karlsson 2013).

Sökningarna gjordes primärt med CINAHL Headings och MeSH-termer, vilket innebär att de är etablerade ämneskategorier. Avgränsningar i databassökningarna gjordes för att begränsa materialet och för att databassökningarna skulle svara mot syftet (Bilaga 1). Det bärande sökordet som användes var *resuscitation*. *Resuscitation* kombinerades med bland annat sökorden *family attitude*, *family centered care*, *relatives* samt *family-witnessed* (Bilaga 1). Sökorden söktes först i sin helhet och sedan slogs de ihop med övriga sökord genom sökoperatörerna AND/OR för att få ett avgränsat och hanterbart antal artiklar (Bilaga 1). AND/OR är två booleska sökoperatörer som används för att vidga eller begränsa sökningar (Willman, Stoltz och Bahtsevani 2011). Utöver dessa sökningar gjordes sedan manuella sökningar i CINAHL, PubMed och Google Scholar. Detta gjordes i ett försök att finna alla relevanta vetenskapliga artiklar till analysen. Manuella sökningar bestod av att alla vetenskapliga artiklars referenslistor i föreliggande studie granskades i syfte att finna fler artiklar av intresse för denna studies resultat. Manuella sökningar innebar även att PubMeds ”related citations in PubMed” funktion användes i samma syfte.

När sökningarna var specifika nog lästes alla titlar (361 st.) och sedan abstract (49 st.) på de artiklar som svarade emot litteraturstudiens syfte (Bilaga 1). Här uteslöts artiklar som fokuserade på individer som erhöll hjärt- och lungräddning när de var under 18 år, kvantitativa artiklar och även de artiklar då återupplivandet inte skedde på sjukhus. Efter abstracten hade lästs bedömdes 13 stycken fortfarande vara av intresse för den kommande litteraturstudien. Samtliga av dessa lästes sedan i sin helhet. Sju av dessa svarade inte emot denna studies syfte och uteslöts därför. De sex kvarvarande artiklarna kvalitetsbedömdes sedan enligt Olsson och Sörensen (2011) mallar för kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar (Bilaga 2).

Mallen modifierades genom att kolumnen ”Patienter med t.ex. lungcancerdiagnos” uteslöts. Denna kolumn avser om närstående eller patient har någon sjukdom som påverkar situationen och detta ansågs irrelevant i denna studie. Olsson och Sörensen (2011) framtagna kvalitetbedömningsinstrumentet ger poäng mellan 0-3 i flertalet kategorier med ändamål att sedan gradera de lästa artiklarna mellan grad 1 (hög kvalitet) och grad 3 eller lägre. Detta sker genom en sammanräkning av totalpoängen konverterat till en procentsats. Artiklar över 80 procentenheter bedöms vara av hög kvalitet, artiklar över 70 procentenheter av god kvalitet och över 60 procentenheter av godkänd kvalitet. De artiklar som efter

kvalitetsbedömningen höll god kvalité användes sedan i denna studie. Av dessa sex artiklar bedömdes fem vara grad 1 och en artikel bedömdes som grad 2.

Analys

En pedagogisk framställning av innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) användes för att analysera insamlad data till resultatet (Bilaga 3). All analys av den insamlade datan utfördes i samverkan efter det att artiklarna lästs flertalet gånger individuellt.

Graneheim och Lundman (2004) menar att det är viktigt att både se helheten och delarna i en text som genomgår en innehållsanalys, detta för att ta ut korrekta meningsenheter. Det är därför viktigt att läsa artiklarna flera gånger (Graneheim och Lundman 2004). Graneheim och Lundman (2004) beskriver en meningsenhet som ord, meningar eller stycken som innehåller samma aspekter i deras innehåll. En kondenserad meningsenhet är en förkortning av meningsenheten men som ändå har kvar innehållets essentiella information (Graneheim och Lundman 2004). En kod ska ses som en etikett till meningsenheten så att datan kan förstås på ett annorlunda och nytt sätt (Graneheim och Lundman 2004). En kategori beskrivs som en grupp med innehåll som har gemensamma drag (Graneheim och Lundman 2004). Vid utformningen av enheter och koder strävades det efter en så textnära tolkning av datan som möjligt.

Resultat

Vid innehållsanalysen av den behandlade datan framkom sex kategorier. Dessa kategoriserades som: *upplevde sig viktiga, kände sig väl omhändertagna, upplevde rädsla, upplevde maktlöshet, att inte störa samt ta svåra beslut.*

Upplevde sig viktiga

Närstående uttryckte att de var viktiga i samband med en återupplivning eftersom de var tillgängliga och kunde ge sjukvårdspersonalen den information de behövde om sin anhörige (Leske, McAndrew och Brasil 2013, Weslien, Nilstun, Lundqvist och Fridlund 2006). De kände att denna roll som informationskälla hjälpte sjukvårdspersonalen i sitt arbete (Meyers, Eicher, Gazetta, Clark, Taliafenna och Calvin 2000). I vissa fall var inte patientens medicinska journal komplett och då kände närstående att de var viktiga när de kunde bidra med medicinsk information om sin anhörige (Weslien et al. 2006). Vissa närstående upplevde att deras närvaro gav den anhörige patienten ett högre värde och på det sättet gav

sjukvårdspersonalen ett starkare ansvar i hur de utförde sitt arbete och att de därför var viktiga i situationen (Meyers et al. 2000). Närstående kände även att de hade en viktig roll där deras ansvar var att skydda (Wagner 2004, Leske 2013) och att trösta sin anhörige (Meyers 2000; Leske 2013). Några närstående tyckte inte att sjukvårdspersonalen kunde ge skydd och tröst (Meyers 2000) då sjukvårdspersonalens ansvar var att ”fixa” patienten (Leske et al. 2013). Närstående ansåg att det fanns en känsla av att den anhörige behövde dem i situationen och att de var ”en förlängning” av den anhöriges önskemål när denna var medvetslös (Meyers et al. 2000). Närstående upplevde också att deras närvaro i samband med återupplivningen var uppskattad av den anhörige och de kände sig därför viktiga (Meyers et al. 2000). Vidare hoppades närstående att deras närvaro kunde minska rädslan och hjälpa den anhörige om denna vaknade ur medvetslösheten (Hung och Pang 2011). Närstående trodde att den anhörige ville att de skulle närvara och kände därför att det var viktigt för dem att vara närvarande i rummet vid återupplivningen (Hung och Pang 2011).

Kände sig väl omhändertagna

Närstående som anlände samtidigt som ambulansen till sjukhus och såg sjukvårdspersonal förbereda en sängplats för deras anhörige kände närstående att de var i trygga händer (Weslien et al. 2005). Sjukvårdspersonalens agerande upplevdes oftast som snällt och passande i situationen (Weslien et al. 2005) och närstående tyckte att sjukvårdspersonalen arbetade organiserat, att de var hjälpsamma (Leske et al. 2013) och professionella i sitt yrkesutövande, vilket gjorde att närstående kände sig väl omhändertagna (Weslien et al. 2006). Närstående upplevde ytterligare tillit och hopp när de såg att sjukvårdspersonalen var kvalificerade för återupplivningsförsöket (Weslien et al. 2006). Vidare kände sig närstående väl omhändertagna när de såg att allting hade gjorts oavsett om återupplivningsförsöket lyckades eller inte (Weslien et al. 2005). De uppskattade sjukvårdspersonalens kondoleanser och att sjukvårdspersonalen omfamnade dem när patienten inte gick att återuppliva (Weslien et al. 2005). Det här gjorde att närstående upplevde förtroende, minskade sin stress och fick känslan av att inte vara ensamma (Weslien et al. 2005). När återupplivningen lyckades beskrevs en stor lättnad hos närstående (Weslien et al. 2005). Närstående var imponerade och lättade av sjukvårdspersonalens arbete och var tacksamma över att kunna se att allt hade gjorts för patienten vilket ledde till att närstående kände sig väl omhändertagna (Leske et al. 2013). Närstående som var närvarande i rummet där återupplivningen skedde kände en tacksamhet till sjukvårdspersonalen och de upplevde att effektiv återupplivning utfördes (Leske et al. 2013).

Upplevde rädsla

Den vanligaste beskrivna känslan av närstående kring en återupplivning var rädsla i olika former (Meyers et al. 2000, Wagner 2004 och Weslien et al. 2006). Besläktade ord som närstående valde att använda för att beskriva sin upplevelse i samband med återupplivningen var *skrämmande* och *otäck* (Meyers et al. 2000). Det fanns en rädsla hos de närstående att psykologiskt bära med sig bilder och upplevelser ifrån själva återupplivningen och att detta skulle påverka dem negativt i framtiden (Meyers et al. 2000 och Weslien et al. 2006). Därför vågade inte vissa närstående ta risken att bevittna en ineffektiv eller misslyckad återupplivning och valde därför att stanna utanför rummet när återupplivningen skedde (Weslien 2006). Det fanns även en rädsla som gjorde att närstående inte vågade ta steget att ifrågasätta sjukvårdspersonalens arbete och tillvägagångssätt under återupplivningen (Weslien et al. 2006), samt en rädsla över att viktig information om den anhörige var undanhållen från dem (Wagner 2004). Flertalet närstående kände en konstant rädsla över sin anhöriges eventuella smärta och överlevnad (Meyers et al. 2000). Närstående kände även en psykisk stress och rädsla över att bli separerade från sin anhörige och därför hade de en stark vilja av att närvara vid återupplivningsförsöket (Hung och Pang 2011).

Upplevde maktlöshet

Närstående var i en chockfas och la hela sin tillit till sjukvårdspersonalen vilket fick till följd att de kände sig maktlösa (Weslien et al. 2006). Närstående litade och trodde på att det mest gynnsamma beslutet i situationen togs av sjukvårdspersonalen och att de tog hänsyn till de närstående (Weslien et al. 2006). I vissa fall kände närstående att sjukvårdspersonalen inte tog hänsyn till dem och närstående kände sig då besvikna (Weslien et al. 2005). Närstående kände sig maktlösa och tvingade att förlita sig på sjukvårdspersonalen (Wagner 2004) och de närstående kände även att de behövde uppmärksamhet ifrån sjukvårdspersonalen vid återupplivningsförsöket (Wagner 2004). I vissa fall kände sig närstående oönskade och upplevde att sjukvårdspersonalen inte hade tid för dem (Weslien 2006). En närstående som inte närvarade vid återupplivningen fick inte sällskap av någon ifrån sjukvårdspersonalen och kände sig då övergiven (Weslien et al. 2005).

Närstående hade många frågor om vad som föregick och de förväntade sig svar (Wagner 2004). Vissa närstående kände maktlöshet när sjukvårdspersonalen förklarade på ett för svårt sätt och tyckte att de borde använda "lekmans-termer" så att det skulle bli enklare att förstå (Meyers et al. 2000). Närstående tyckte att läkare hade svårt för att informera dem om

situationen och detta gjorde att närstående fick känslan av att personalen var oprofessionell (Weslien 2005).

Att inte störa

Närstående kände att det var viktigt att inte vara i vägen för sjukvårdspersonalens vård av patienten (Meyers et al. 2000, Weslien 2006) och att deras närvaro kunde riskera att störa personalens arbete (Hung och Pang 2011). I rummet där återupplivning skedde fanns det begränsat med utrymme och de kände sig själviska när de störde sjukvårdspersonalen (Weslien et al. 2006). Därför tyckte närstående att det var viktigare att personalen försökte rädda patienten än att ha närstående i rummet som störde (Weslien et al. 2006). Personalen upplevdes också stressade och närstående ville då av denna anledning inte störa dem (Weslien et al. 2006). Närstående upplevde att de behövde uppvisa ett lämpligt beteende i rummet där återupplivningen skedde (Meyers et al. 2000) och att de behövde självkontroll när de närvarade för att inte bli en börda och för att inte störa sjukvårdspersonalen (Hung och Pang 2011). Ett fåtal närstående upplevde att sjukvårdspersonalen inte hade tid för en sörjande närstående och att de var oönskade, därför tyckte de att det var positivt att inte närvara vid återupplivningsförsöket (Weslien et al. 2006).

Ta svåra beslut

Närstående hade svårt att bestämma om de skulle vara med i rummet när återupplivning skedde eller om de skulle vänta utanför (Wagner 2004). En närstående upplevde att det skulle ha varit svårare att sitta i väntrummet under återupplivningsförsöket (Meyers et al. 2000). En annan närstående hade känslor om att inte känna sig stark nog att närvara och en tredje upplevde att det inte var någon idé att vara närvarande eftersom patienten var medvetslös och inte var medveten om närståendes närvaro (Weslien et al. 2006). Flera närstående tyckte att närvaron var viktig under återupplivningsförsöket av deras anhöriga (Weslien et al. 2006). I de fallen där patienten gick bort tyckte närstående att det inte fanns någon anledning att närvara eftersom det inte fanns något hopp men att det ändå var ett svårt beslut att ta (Weslien et al. 2006).

Diskussion

Metoddiskussion

Samtliga inkluderade artiklar är författade på akademisk engelska, vilket skulle kunna innebära en risk för feltolkningar i översättningen till det svenska språket och detta skulle kunna påverka tillförlitlighet i denna studie. Åldrarna 0-18 år exkluderades på grund av att den emotionella relationen kan vara annorlunda mellan föräldrar och deras barn i en traumatisk situation som en återupplivning. Det ansågs i sin tur kunna påverka resultatets applicerbarhet. Återupplivning som inte skedde på sjukhus exkluderades också då denna form av återupplivning kunde innebära andra upplevelser orsakade av miljön. Enligt Olsson och Sörensen (2011) är det viktigt att vara noggrann när inklusions- och exklusionskriterierna utformas. Inklusionskriterierna ska specificera vilka som ska inkluderas och exklusionskriterier ska specificera vilka som ska uteslutas ur studien (Olsson och Sörensen 2011).

Antalet artiklar använda till analysen var i slutändan relativt få på grund av bristen av tidigare empirisk forskning. Henricsson (2014) menar att det kan resultera i begränsningar i resultatets applicerbarhet och tillförlitlighet. Sökorden som användes var direkt kopplade till syftet och det underlättade databassökningarna av vetenskapliga artiklar. Etablerade ämneskategorier (Headings och MeSH) användes för att få fram relevanta artiklar. Detta kompletterades med fria sökord för att bredda databassökningarna. Alla möjligheter anses ha använts för att finna artiklar i Cinahl och PubMed. Fler artiklar hade troligen inte funnits även om sökningen breddats eller exklusionskriterierna ändrats, då detta istället ansågs kunna påverka resultatets trovärdighet negativt eller innebära att databassökningarna till viss del frångått syftet, det här styrks av Henricsson (2014). Andra databaser användes inte eftersom den fastställda tidsramen var kort. Det kan innebära att relevanta artiklar inte kom med i studien, vilket kan påverka tillförlitligheten negativt. Efter att tidigare sökningar varit heltäckande och att antalet artiklar inte kändes tillräckligt gjordes försök att finna fler artiklar genom att läsa igenom alla referenser i alla artiklar som finns i denna studies referenslista. Sökningar i PubMeds "related citations" och sökningar efter indexering utfördes också av samma anledning. Dessa sökningar resulterade i att ytterligare en artikel hittades och sedan användes till resultatet.

Trots ett litet antal funna kvalitativa artiklar valdes en kvalitativ analys för att försöka få insikt och belysa närståendes upplevelser i samband med återupplivning av en anhörig. Henricsson och Billhult (2013) skriver att studier utförda med kvalitativ metod inte är numeriska och fokuserar på det abstrakta, att kunna beskriva eller förstå fenomen och personers upplevelser (ibid.) och det är just det den här studien ville utforska.

Bedömningsmallen för studier med kvalitativ metod av Olsson och Sörensen (2011) modifierades genom att exkludera kolumnen ”Patienter med t.ex. lungcancerdiagnos”. Det ansågs inte relevant huruvida anhöriga eller närstående hade en sjukdomsdiagnos och det skulle inte kunna påverka denna studies användande av artiklar. Det visade sig även att samtliga analyserade artiklar hade uppfyllt poängen för grad 1 eller grad 2 oberoende av utfallet i kolumnen. Enligt Rosén (2014) används kvalitetsbedömningsmallar som en checklista som ska ta hänsyn till olika kvalitetskriterier och därmed till viss grad säkerställa studiens vetenskapliga kvalitet.

Kvalitetsgranskningen utfördes individuellt men i fortlöpande samtal med varandra. Artiklarna lästes igenom flera gånger för att förstå deras innebörd och därefter kvalitetsgranskades dem med Olsson och Sörensen (2011) kvalitetsbedömningsmall för kvalitativa artiklar. Henricsson (2013) menar att tillförlitligheten minskar om kvalitetsgranskningen sker individuellt men att den kan stärkas om jämförelse sker emellan varandras resultat.

Meningsenheter togs ut textnära för att utesluta tolkning. Kategorierna utformades sedan efter bland annat kriteriet att ingen meningsenhet skulle passa in i två kategorier men då författarna, och även läsarna, har olika livserfarenheter kan meningsenheternas och kategoriernas innebörd tolkas olika och detta stärks av Graneheim och Lundman (2004).

På grund av bristen av data var en av artiklarna både kvantitativ och kvalitativ, där man studerat fenomenet utifrån skrivna enkäter och intervjufrågor. Ingen kvantitativ forskning skulle användas i denna studie, därför lästes artikeln flera gånger för att förstå vilka delar som var kvantitativa och kvalitativa. Det beslutades att denna artikel skulle användas då det gick att urskilja vilka delar som var kvalitativa. De kvalitativa meningsenheterna användes sedan till resultatet.

Två artiklar från Sverige, tre stycken ifrån USA och en från Hong Kong användes i föreliggande studie (Bilaga 4). Till följd av ett litet antal funna kvalitativa artiklar ansågs det fördelaktigt för resultatet och studiens genomförande att använda sig av artiklar som var författade i andra länder än Sverige. Applicerbarheten av resultatet skulle kunna påverkas av detta då kultur och förhållningsätt kan skilja sig mellan olika länder. En artikel författad i Jordanien uteslöts då denna artikel hade stor kulturbetoning och genomgående religiösa inslag vilket kunde minska applicerbarheten i Sverige. De vetenskapliga artiklarna författade i USA och Hong Kong tycktes vara mer applicerbara i Sverige eftersom de kulturella skillnaderna inte ansågs stora. De olika länderna har även olika sjukvårdssystem men detta ansågs inte påverka denna studie nämnvärt.

En handledare hjälpte till i granskningen av datainsamling, dataanalys och resultat, vilket kan stärka denna studie då förståelsen om metod och ämne var låg. Enligt Henricson (2014) stärks studiens tillförlitlighet genom att använda en handledare och grupphandledning i granskningen av framkommen data (ibid.). Handledning skulle dock kunna innebära att fler parter tolkar och författarnas ursprungliga tolkning vrids. Den låga förståelsen i ämnet kan således också varit positivt när resultatet skrevs eftersom det minskade eventuell tolkning baserad på förkunskaper. En låg förståelse för ämne och metod skulle även kunna innebära en svaghet då det blev en mer tidskrävande process i en snäv tidsram att ta fram metod och att granska denna vilket styrks av Henricson (2014).

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att närstående upplevde sig viktiga i att ge information till sjukvårdspersonalen om patienten och de kände sig även viktiga då de skyddade sin anhörige på olika sätt. Närstående kände sig ofta väl omhändertagna av sjukvårdspersonalens agerande i situationen. De kände dock rädsla för att få psykiska men efteråt, för att ifrågasätta personalen, för att den anhöriga upplevde smärta, samt rädsla för att inte få närvara i rummet där återupplivningen skedde. Närstående kände även maktlöshet i återupplivandesituationen eftersom de var tvungna att lita på sjukvårdspersonalen och inte hade kontroll över situationen. De kände också att de störde och de upplevde att de behövde ett lämpligt beteende när de närvarade. Vissa närstående tyckte det var ett svårt beslut att bestämma om de skulle närvara eller inte.

I resultatet visades det sig att det var en knapp minoritet som faktiskt var med i rummet och vistades således ofta i ett annat rum på sjukhuset. Därför var det inte specifikt upplevelser hos närstående som var i rummet där återupplivningen skedde som resultatet speglade utan även i samband med återupplivningen. Upplevelser skiljer sig troligen om man som närstående även har en visuell- och audiell kontakt med återupplivningen. Det utesluter inte att närstående faktiskt påverkades av situationen och var i behov av sjuksköterskans omvårdnad när de inte närvarade under återupplivningen. Trots detta menade flertalet studier att närstående ville närvara eller ha möjligheten att närvara vid ett återupplivande av sin anhöriga (Mitchell och Lynch 1997, Holzhauser et al. 2005, Leung och Chow 2012 och Meyers et al. 1998).

Närstående hade svårt att bestämma om de skulle närvara vid återupplivningsförsöket. Enligt Travelbee (1971) behöver sjuksköterskor observera och förstå närståendes omvårdnadsbehov och bemöta dessa. Dessa omvårdnadsbehov kan innebära att sjuksköterskan ska informera om situationen och förenkla närståendes beslut (Travelbee 1971 och Howlett et al. 2010). Om omvårdnadsbehoven blir bemötta kan det förenkla närståendes beslut och få dem att känna sig viktiga och väl omhändertagna.

Att en minoritet av närstående närvarar kan bero på att sjuksköterskan inte tar på sig ansvaret att bjuda in närstående till rummet där återupplivningen sker trots att detta skulle kunna bringa närstående en känsla av omhändertagande och att de är av vikt i sammanhanget. Sjuksköterskor vågar inte alltid se förbi sin egen rädsla och sitt obehag i att ha närstående närvarande (Köberich et al. 2010 och Leung och Chow 2012). Det kan vara en av de hindrande faktorerna för en personcentrerad vård. Närståendes egna initiativ till att få närvara kan vara nedsatt då de inte vill störa eller känner maktlöshet i en, för dem, ny situation i en främmande miljö. Därför kan det vara önskvärt av sjuksköterskan att ta ansvar och initiativ. Detta styrks av Travelbee (1971) som hävdar att det är sjuksköterskans uppgift att skapa och utforma en kontakt, dock är det båda parternas uppgift att upprätthålla den.

Närstående upplevde sjuksköterskornas stress vid återupplivningen och ville därför inte störa deras arbete, de upplevde även maktlöshet när de inte fick uppmärksamhet från sjuksköterskorna (Köberich et al. 2010). Sjuksköterskor ställde sig negativa till att närstående närvarade vid ett återupplivningsförsök (Köberich et al. 2010 och Leung och Chow 2012) och närståendes närvaro i samband med återupplivning kunde stressa och inverkar negativt på sjuksköterskans arbete (Demir 2008 och Axelsson et al. 2005). Det skulle kunna innebära att

närstående upplever sig i vägen och inte vill störa, att de känner en maktlöshet i situationen och en rädsla för att ifrågasätta sjukvårdspersonalen. Travelbee (1971) menar att sjuksköterskan ska skapa en mellanmänsklig relation med närstående som syftar till att besvara närståendes omvårdnadsbehov. Detta styrker vikten av att få närstående att känna sig väl omhändertagna genom att bemöta deras omvårdnadsbehov. Om sjuksköterskan bemöter närståendes omvårdnadsbehov mer tillfredställande kommer deras upplevelser bli mer positiva (Travelbee 1971).

Enligt Sak-Dankosky et al. (2013) och Chapman et al. (2013) skulle närståendes närvaro vara fördelaktig för deras hälsa och eventuella sorgprocess. Om sjuksköterskor tar initiativ till kontakt och inbjuder till närvaro kan chansen öka att närstående drar nytta av det. Fördelarna var främst att de fick se att allt som gjordes för deras anhörige samt upplevelsen att de var till nytta och att de kände sjukvårdspersonalens goda omhändertagande. För att upplevelsen av att störa eller vara rädd och maktlös inte ska inkräkta på de fördelaktiga upplevelserna kan det vara gynnsamt om det finns tillräckligt med personal och tid för ett gott omhändertagande och en kunskap hos sjuksköterskan om ämnet. McLaughlin et al. (2013) hävdade att det fanns en brist på personal, tid och kunskap vid återupplivningsförsök. Alltså kan en god personaltäthet, mindre stress hos sjuksköterskan och mer kunskap vara goda förutsättningar för att närståendes upplevelser i samband med en återupplivning av en anhörig ska upplevas trygg.

Vissa studier finner ingen evidens för att närståendes upplevelser och närvaro skulle vara skadlig för varken dem eller sjukvårdspersonalen (Egging et al. 2011). Masa 'Deh, Saifan, Timmons och Nairn (2014) rekommenderar i sin kvalitativa forskning att involvera närstående i återupplivningsprocessen parallellt med ett professionellt omhändertagande. Vidare är det av vikt att sjuksköterskan tillämpar ett personcentrerat och holistiskt synsätt där närståendes omvårdnadsbehov är av lika stor betydelse som patientens (Baumhover och Hughes 2009). Detta styrks av delar i föreliggande studies resultat.

Slutsatser

I resultatet ses stora individuella skillnader i upplevelser. Det förefaller att sjuksköterskan har en bärande betydelse i hur närståendes upplevelser gestaltar sig. Sjuksköterskan kan få närstående att känna sig viktiga och väl omhändertagna i situationen. Sjuksköterskan kan även förenkla närståendes beslut om att närvara. Om sjuksköterskan inte ger en god

omvårdnad kan istället närstående uppleva maktlöshet och rädsla i samband med en återupplivning. Då tidigare forskning på området är begränsad är det önskvärt med vidare kvalitativ empirisk forskning ur närståendes perspektiv i samband med återupplivning av en anhörig. Detta för att ytterligare belysa och få insikt i närståendes upplevelser och därigenom förbättra sjuksköterskors kunskap och omvårdnad till närstående samt hur de kan påverka närstående i situationen. Det skulle även kunna vara av intresse att forska om skillnader i närståendes upplevelser i samband med återupplivning av en anhörig påverkade av faktorer såsom kultur, kön eller förförståelse av återupplivning.

Utöver att närstående blir omhändertagna under återupplivningen kan förslagsvis ett återberättande eller utgivandet av en skrift som förklarar förlopp och efterförlopp vara önskvärt. Denna åtgärd kan ytterligare trygga närstående och ge svar på eventuella frågor. Det kan också under en återupplivning där närstående närvarar vara en god idé att tillfälligt tillkalla extra personal för att säkra personaltätheten och stödet till närstående. Införandet av lokala sjukhusrutiner för hur omhändertagandet av närstående i samband med återupplivning av en anhörig ska hanteras kan också vara ett led i att förbättra omvårdnaden.

Självständighet

Författarnas samarbete fortskred utan komplikationer och deras gemensamma insatser bidrog till färdigställandet av studien. Övergripande skedde all analys och allt skrivande tillsammans i samma rum. Vissa sökningar, främst den manuella, kvalitetsgranskningen och viss analys gjordes enskilt men i fortlöpande samtal med varandra. Vid enstaka tillfällen skrev båda författarna samma del för att sedan föra ihop de bästa och mest användbara delarna till en helhet. Reflektioner kring uppkomna problem utfördes fortlöpande både enskilt och tillsammans. Författarna har ett gemensamt ansvar och i de fallen då enskilt arbete genomfördes granskade alltid den andra parten det skrivna och godkände det.

Referenser

Axelsson, A.B., Zettergren, M., & Axelsson C. (2005). Good and Bad Experiences of Family Presence during Acute Care and Resuscitation: What Makes the Difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4 (2), 161–169.

Baumhover, N., & Hughes, L. (2009). Spirituality and Support for Family Presence during Invasive Procedures and Resuscitations in Adults. *American Journal of Critical Care*, 18 (4), 357 – 366.

Chapman, R., Bushby, A., Watkins, R., & Combs, S. (2013). Australian Emergency Department Health Professionals' Reasons to Invite or Not Invite Family Witnessed Resuscitation: A Qualitative Perspective. *International Emergency Nursing*, 22 (1), 18-24.

Demir, F. (2008). Presence of Patients' Families during Cardiopulmonary Resuscitation: Physicians' and Nurses' Opinions. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (4), 409–416.

Doyle, C, J., Post, H., Burney, R, E., Maino, J., Keefe, M., & Rhee, K, J. (1987). Family Participation during Resuscitation: an Option. *Annals of Emergency Medicine*, 16 (6), 673-675.

Egging, D., Crowley, M., Arruda, T., Proehl, J., Walker-Cillo, G., Papa, A., & Li, S. (2011) Emergency Nursing Resource: Family Presence during Invasive Procedures and Resuscitation in the Emergency Department. *Emergency Nurses Association*, 37 (5), 469-473.

Graneheim, U, H., & Lundman, B. (2004). Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24. 105-112.

Henricson, M. (2014). Diskussion. M, Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (471-478). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A (2013). Kvalitativ design. M, Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (129-137). Lund: Studentlitteratur.

Holzhauser, K., Finucane, J., & De Vries, S. (2006). Family Presence during Resuscitation: A Randomised Controlled Trial of the Impact of Family Presence. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 8 (4), 139-147.

Howlett, M, S., Alexander, G, A., & Tsuchiya, B. (2010). Health Care Providers' Attitudes Regarding Family Presence during Resuscitation of Adults. *Clinical Nurse Specialist: the Journal for Advanced Nursing Practice*, 24 (3), 161-174.

Hung, M, S., & Pang, S, M, (2011). Family Presence Preference When Patients are Receiving Resuscitation in an Accident and Emergency Department. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (1), 56-67.

Karlsson, E, K. (2013). Informationssökning. M, Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (95-113). Lund: Studentlitteratur.

- King, I. (1981). *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*. New York: Delmar publishers.
- Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O., & Albarran, J. (2010). Family Witnessed Resuscitation – Experience and Attitudes of German Intensive Care Nurses. *Nursing in Critical Care, 15* (5), 241-250.
- Leung, N, Y., & Chow, S, K. (2012). Attitudes of Healthcare Staff and Patients' Family Members towards Family Presence during Resuscitation in Adult Critical Care Units. *Journal of Clinical Nursing, 21* (14), 2083- 2093.
- Leske, J, S., McAndrew, N, S., & Brasel, K, J. (2013). Experiences of Families When Present during Resuscitation in the Emergency Department after Trauma. *Journal of Trauma Nursing, 20* (2), 77-85.
- Linnarsson, J., Bubini, J., & Perseius, K. (2010). A Meta-synthesis of Qualitative Research into Needs and Experience of Significant Others to Critically Ill or Injured Patients. *Journal of Clinical Nursing, 19* (21-22), 102-111.
- Masa 'Deh, R., Saifan, A., Timmons, S., & Nairn, S. (2014). Families' Stressors and Needs at Time of Cardio-Pulmonary Resuscitation: A Jordanian Perspective. *Global Journal of Health Science, 6* (2), 72-85.
- Mclaughlin, K., Melby, V., & Coates, V. (2013). Family-Centered Care during Resuscitation Events. *Emergency Nurse, 21* (3), 28-34.
- Meyers, T., Eichhorn, D., & Guzzetta, C. (1998). Do Families Want to be Present during CPR? A Retrospective Survey. *Journal of Emergency Nursing, 24* (5), 400-405.
- Meyers, T, A., Eichhorn, D, J., Guzzetta, C, E., Clark, A, P., Klein, J, D., Taliaferro, E., & Calvin, A. (2000). Family Presence during Invasive Procedures and Resuscitation: the Experience of Family Members, Nurses, and Physicians. *American Journal of Nursing, 100* (2), 32-43.
- Mitchell, M, H., & Lynch, M, B. (1997). Should Relatives be allowed in the Resuscitation Room? *Journal of Accident & Emergency Medicine, 14* (6), 366-369.
- Nolan, J, P., Soar, J., Jasmeet, S., Zideman, D. A, Biarent, D., Bossaert, L, I., Deakin, C., Koster, R, W., Wyllie, J., & Böttiger, B. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. *Resuscitation, 81* (10), 1219-1276.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Robinson, J., Gott, M., & Ingleton, C. (2013). Patient and Family Experience of Palliative Care in Hospital: What do we know? An integrative review. *Palliative medicine, 28* (1), 18-33.

Rosén, M (2013). Systematisk litteraturoversikt. M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*.(430- 444). Lund: Studentlitteratur.

Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P., & Kvist, T. (2013). Integrative Review: Nurses' and Physicians' Experiences and Attitudes towards Inpatient-Witnessed Resuscitation of an Adult Patient. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (5), 957-74.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*.

Socialstyrelsen. (2014). *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad från: <http://goo.gl/t9pbhy> (2014-10-30).

Svenska hjärt- och lungrehabiliteringsregistret. (2013). *Årsrapport 2013*. Hämtad från: <http://hjr.nu/hjart-lungrehabiliteringsregistret/> (2014-10-29).

Svenska rådet för hjärt- och lungrehabilitering. (2013). *Etiska riktlinjer för hjärt- och lungrehabilitering (HLR)*. Hämtad från: http://hjr.nu/wp-content/uploads/riktlinjer20maj_0.pdf (2014-10-27).

Travelbee, J. (1971) *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: Davis.

Turner-Cobb, J, M., Smith, P, C., Ramchandani, P., Begen, F, M., och Padkin, A. (2015). The Acute Psychobiological Impact of the Intensive Care Experience on Relatives. *Psychology, Health & Medicine*, doi: 10.1080/13548506.2014.997763.

Wagner, J, M. (2004). Lived Experience of Critically Ill Patients' Family Members during Cardiopulmonary Resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 13 (5), 416-420.

Weslien, M., Nilstun, T., Lundqvist, A., & Fridlund, B. (2006). When the Unreal Becomes Real: Family Members' Experiences of Cardiac Arrest. *Nursing in Critical Care*, 10 (1), 15-22.

Weslien, M., Nilstun, T., Lundqvist, A., & Fridlund, B. (2006). Narratives about Resuscitation—Family Members Differ about Presence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5 (1), 68-74.

Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård – omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar i Cinahl

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
S1 Resuscitation [Headings]	8569	06/10/14				
S2 Family Attitude [Headings]	9537	06/10/14				
S3 = S1 + S2	65	06/10/14	65	19	3	2
S4 Relatives	4199	06/10/14				
S5 = S1 + S4	59	06/10/14	59	10	3	1
S6 Resuscitation /psychosocial factors	202	07/10/14				
S7 Family /psychosocial factors	15483	07/10/14				
S8 = S6 + S7	21	07/10/14	21	2	1	1
S9 Visitors to patients [Headings]	345	10/10/14				
S10 = S1 + S9	21	10/10/14	21			
S11 Next to kin	89	13/10/14				
S12 = S1 + S11	3	13/10/14	3			
S13 Extended family [Headings]	2260	13/10/14				
S14 = S1 + S13	3	13/10/14	3			
S15 Family experience	867	13/10/14				
S16 = S1 + S15	28	13/10/14	28	1	-	-
S17 Family centered care [Headings]	1334	28/10/14				
S18 = S1+S17	26	28/10/14	26	3	-	-
S19 Family-witnessed	23	28/10/14				
S20 = S1 + S19	23	28/10/14	23	4	-	-

Begräsningarna i sökningen innefattade english, journal article samt peer-reviewed (kollegial bedömning).

Sökningar i PubMed

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar	Dubletter från Cinahl
S1 Resuscitation [MeSH]	49476	07/10/14					
S2 Cardiopulmonary Resuscitation	8424	07/10/14					
S3 Family [MeSH]	197776	07/10/14					
S4 Family /Psychology [MeSH]	54346	07/10/14					
S5 = S1 + S3	1126	07/10/14					
S6 = S1 + S4	45	07/10/14	45	3	2	1	8
S7 = S2 + S3	262	07/10/14					
S8 = S2 + S4	67	07/10/14	67	1	1	-	12

Begräsningarna i sökningen innefattade english samt research article.

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Modifierad bedömningsmall för studier med kvalitativ metod. Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat = 3p)	Saknas	1 av 3	2 av 3	Samtliga
Intoduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Saknas	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angivet	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angivet	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabelt	Låg	Medel	God
Bortfall	Ej angivet	>20%	5-20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas/ ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställningen besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teorier etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 45p)				
Grad 1: 80%				
Grad 2: 70%				
Grad 3: 60%				
Titel				
Författare				

Bilaga 3 Exempel på innehållsanalys

Meningsenhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Närstående uttryckte att det var viktigt att kunna ge information till sjukvårdspersonalen. Information personalen behövde för att vårda den anhörige.	Närstående uttryckte att det var av vikt att kunna ge information.	Viktigt att ge information.		Upplevde sig viktiga
Närstående uppskattade rollen sjukvårdspersonalen hade och kände att de själva också hade en viktig roll. Deltagarna pratade om hur de kunde skydda, trösta och stödja deras anhörig.	Närstående kände att de hade en viktig roll med att skydda, trösta och stödja sin anhörig.	Viktigt att skydda, trösta och stödja.		
Trots att närstående kände sig överväldigade av sjukvårdspersonalens armé var alla lättade att personalen så flitigt hjälpte patienten.	Närstående var lättade över det höga antalet sjukvårdspersonal som flitigt hjälpte patienten.	Lättad av all hjälp.		Kände sig väl omhändertagna

Meningsenhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Närstående ville inte riskera att få bevittna en ineffektiv återupplivning av sin anhörig och behöva ifrågasätta vården som gavs.	Närstående ville inte bevittna ineffektiv återupplivning och ifrågasätta vården.	Rädsla för att bevittna.		Upplevde rädsla
Närstående uttryckte stress och rädsla att inte psykiskt kunna hantera situationen och i att behöva dras med obehagliga minnesbilder från återupplivningen.	Närstående kände rädsla i att inte kunna hantera situationen eller minnesbilderna.	Rädsla för situationen och minnesbilderna.		
Närstående förstod att de var maktlösa och la en oerhört stor tillit till sjukvårdspersonalen.	Dem förstod att de var maktlösa och fick lita på sjukvårdspersonalen.	Var maktlösa och litade på sjukvårdspersonalen.		Upplevde maktlöshet
Det fanns deltagare som kände sig övergivna när ingen professionell yrkesutövare höll dem sällskap.	De kände sig övergivna utan professionellt sällskap.	Övergivenhet.		

Meningsenhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
“Det måste vara så att man har plats, så att man inte står i vägen för sjukvårdspersonalen. Jag kan inte vara så självisk till alla pris och vara i vägen för någon annan. Det finns begränsat med plats och mycket apparatur.” (Weslien et al. 2006, s. 70).	Det finns begränsad plats, man ska inte vara självisk och stå i vägen för sjukvårdspersonalen.	Inte vara i vägen.		Att inte störa
Både familjemedlemmar som var närvarande och de som var frånvarande såg och förstod sjukvårdspersonalens press och stress. Familjemedlemmarna var rädda att dem var ett störningsmoment.	Familjemedlemmarna såg personalens press och stress och var rädda för att vara ett störningsmoment.	Vill inte störa.		
Närstående kämpade med frågan om de skulle gå eller stanna kvar.	De kunde inte bestämma om de skulle gå eller stanna.	Gå eller stanna?		Ta svåra beslut

Bilaga 4 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Tidsskrift	Metod	Syfte	Kvalitet
Hung, M. & Pang, S. (2011). Hong Kong.	Family Presence Preference when Patients are Receiving Resuscitation in an Accident and Emergency Department.	Journal of Advanced Nursing.	Fenomenologisk metod genom intervjuer. 18 deltagare.	Belysa närståendes upplevelser av återupplivande med lyckad utgång och deras syn på att närvara.	Grad 2
Leske, J; McAndrew, N. & Brasel, K. (2013). USA.	Experiences of Families when Present during Resuscitation in the Emergency Department After Trauma.	Journal of Trauma Nursing.	Deskriptiv kvalitativ metod genom intervjuer. 28 deltagare.	Beskriva närståendes upplevelse av familjebevitnad återupplivning efter trauma från bilolyckor och skottskador.	Grad 1
Meyers, T; Eichhorn, D; Guzetta, C; Clark, A; Klein, J; Taliafenna, E. & Calvin, A. (2000). USA.	Family Presence during Invasive Procedures and Resuscitation: The Experience of Family Members, Nurses, and Physicians.	American Journal of Nursing.	Kvalitativ metod genom intervjufrågor, kvantitativ metod genom enkät. 39 deltagare.	Att undersöka inställningar, fördelar och problem uttalade av närstående och personal involverade i familjebevitnad återupplivning eller invasiva ingrepp.	Grad 1

Författare/år/land	Titel	Tidsskrift	Metod	Syfte	Kvalitet
Wagner, J. (2004). USA.	Lived Experience of Critically Ill Patients' Family Members during Cardiopulmonary Resuscitation.	American Journal of Critical Care.	Deskriptiv kvalitativ metod genom intervjuer. 6 deltagare.	Att beskriva upplevelser, tankar och uppfattningar av närstående till en svårt sjuk patient under återupplivandet – på intensivvårdsavdelningen.	Grad 1
Weslien, M; Nilstun, T; Lundqvist, A. & Fridlund, B. (2006). Sweden.	Narratives about Resuscitation-- Family Members Differ about Presence.	European Journal of Cardiovascular Nursing.	Deskriptiv kvalitativ metod genom intervjuer. 17 deltagare.	Belysa närståendes upplevelser och synpunkter om att närvara i rummet där återupplivning sker när en anhörig behöver återupplivning.	Grad 1
Weslien, M; Nilstun, T; Lundqvist, A. & Fridlund, B. (2005). Sweden.	When the Unreal Becomes Real: Family Members' Experiences of Cardiac Arrest.	Nursing in Critical Care.	Deskriptiv kvalitativ metod genom intervjuer. 17 deltagare.	Ge insikt om närståendes upplevelser relaterade till hjärtstopp.	Grad 1