

# Närståendes närvaro spelar roll

## -Sjuksköterskors erfarenheter av HLR- förloppet

FÖRFATTARE	Ida Imberg Mimi Kristensson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete på grundnivå OM5250
	VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kristina Rosengren
EXAMINATOR	Kerstin Dudas

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Närståendes närvaro spelar roll – sjuksköterskors erfarenheter av HLR-förloppet
Titel (engelsk):	Family presence matters- nurses experiences during CPR
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng
Kursbeteckning:	Examinationsarbete på grundnivå OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	19 sidor
Författare:	Ida Imberg Mimi Kristensson
Handledare:	Kristina Rosengren
Examinator:	Kerstin Dudas

---

## SAMMANFATTNING

**Inledning:** Ett hjärtstopp sker plötsligt och kräver akuta insatser som hjärt- lungräddning (HLR). På sjukhus finns alltid personal närvarande som är redo att gripa in utifrån riktlinjer för hur HLR ska utföras om ett hjärtstopp sker. **Bakgrund:** Patienter upplever det positivt med närståendes närvaro under HLR. Samtidigt saknas tydliga riktlinjer över hur närstående ska tas om hand. **Syfte:** Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av närståendes närvaro under HLR. **Metod:** En litteraturöversikt valdes för att kartlägga valt problemområde. En induktiv ansats användes för att bearbeta 10 studier med såväl kvantitativ som kvalitativ data. **Resultat:** Resultatet sammanställdes och presenterades utifrån fyra teman, närvaro under HLR i olika länder, trygghet, rädsla och säkerhet. **Slutsats:** Det behövs riktlinjer och protokoll om närståendes närvaro under HLR för att öka sjuksköterskors trygghet då närstående närvarar under HLR. Ett sätt att förbättra sjuksköterskors förutsättningar till positiva erfarenheter av närståendes närvaro under HLR är att en stödsjuksköterska finns med som en del av vårdteamet.

**Nyckelord:** Erfarenheter, HLR, Litteraturöversikt, Närståendes närvaro, Sjuksköterska

## ABSTRACT

**Introduction:** To survive an acute heart attack immediate cardiopulmonary resuscitation (CPR) is crucial. At the emergency unit, educated staff is ready to start the resuscitation, following the guidelines of how to perform CPR. **Background:** Patients often find it positive if related persons attend during CPR. However, clear guidelines of how to take care of related persons during and after the emergency are missing. **Purpose:** To describe experiences from nurses regarding the presence of related persons during CPR. **Method:** A literature search was performed to map the present research in this area. An inductive reasoning was used to study ten articles with both quantitative and qualitative data present. **Result:** The data was presented considering four aspects; family presence during CPR in different countries, security, fear and safety aspects. **Conclusion:** Better guidelines are needed to increase the security for nurses when related persons are present during CPR. A trained supporting nurse in the emergency team could help the other staff to keep focused on the CPR and lead to a more positive attitude against family witnessed resuscitation.

**Key words:** CPR, Experience, Family witnessed resuscitation, Literature review, Nurse

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
HJÄRT- LUNGRÄDDNING .....	1
ERFARENHETER AV NÄRVARO UNDER HJÄRT-LUNGRÄDDNING .....	2
KRISITUATIONER .....	2
SJKSKÖTERSANS SVAR.....	3
KÄNSLA AV SAMMANHANG.....	3
PROBLEMFÖRMLERING .....	4
<b>SYFTE</b> .....	<b>4</b>
<b>METOD</b> .....	<b>4</b>
DESIGN .....	4
DATAINSAMLING.....	5
ANALYS.....	5
FORSKNINGSETISKA REFLEKTIONER .....	6
NÄRVARO UNDER HLR.....	6
TRYGGHET.....	9
RÄDSLOR.....	10
SÄKERHET .....	10
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>11</b>
METODDISKUSSION .....	11
RESULTAT DISKUSSION .....	13
SLUTSATSER .....	15
KLINISKA IMPLIKATIONER .....	16
<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
<b>BILAGOR</b>	
BILAGA I TABELL 1 ÖVERSIKT SÖKPROCESS	
BILAGA II TABELL 2 ÖVERSIKT RESULTATSTUDIER	
BILAGA III GRANSKNINGSMALL	

## **Inledning**

Ett hjärtstopp kan ske var som helst, när som helst, är akut och kräver snabba åtgärder. När ett hjärtstopp inträffar på en vårdavdelning är patienter omgivna av personal och eventuellt finns även närstående närvarande. Riktlinjer för hjärtstopp på sjukhus uppdateras kontinuerligt av Svenska rådet för hjärt-lungräddning (1). Men det finns brister när det gäller information till närstående samt omhändertagande av närstående. Föreliggande examensarbete avser att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av närståendes närvaro vid ett hjärtstopp med efterföljande hjärt-lungräddning.

## **Bakgrund**

### **Hjärt- lungräddning**

På sjukhus i Sverige drabbas årligen 5000 patienter av hjärtstopp varav ca 800 räddas tack vare adekvat hjärt- lungräddning (HLR) och defibrillering. Av de hjärtstopp som sker orsakas 70-80% av ischemisk hjärtsjukdom, som exempelvis hjärtinfarkt. En hjärtinfarkt kan orsaka obalans på hjärtats elektriska impulser och framkalla ventrikelflimmer som föranleder ett hjärtstopp. Vidare är ett snabbt omhändertagande av betydelse för att undvika obotliga sjukdomar till följd av syrebrist i hjärnan. Vid hjärtstopp är förutsättningarna att överleva i mer än 15 minuter små utan HLR. Syftet med HLR är att på konstgjord väg transportera syre genom kroppen med hjälp av konstgjord andning bestående av inblåsningar (2 stycken) och bröstkompressioner (30 stycken) som upprepas kontinuerligt tills dess att hjärtaktivitet kan påvisas i form av livstecken. En defibrillator, en så kallad hjärtstartare, ger en elektrisk strömstöt genom hjärtat och används för att stimulera kroppens egna retledningssystem till att börja fungera igen (2).

Det är en fördel att vara flera personer vid ett hjärtstopp då HLR är mycket fysiskt ansträngande att utföra. Bröstkompressioner sker genom att lägga två händer mitt på patientens bröstorg och komprimera med en frekvens på 100-120/minut med ett djup på 5-6 cm. Konstgjord andning kan ges på tre olika sätt, som mun mot mun, med pocketmask eller Rubens blåsa. Vid HLR på sjukhus finns det även tillgång till hjärtbräda, sug- och syrgas, ventilationshjälpmedel, hjärtstartare, utrustning för en venös infart samt läkemedel som underlättar återupplivning (2).

Under HLR kan brutna revben och bröstben förekomma till följd av bröstkompressioner, vilka är smärtsamma komplikationer för patienterna. Det är inte heller ovanligt att intubering krävs, vilket kan se skrämmande ut för närstående. Patienter kan även ge ifrån sig ljud som kan låta smärtsamma och kan vara obehagliga för närstående att bevittna. Ett hjärtstopp utgör även en stressig situation för vårdpersonal då liv står på spel och det krävs mycket personal då ett flertal arbetsuppgifter ska utföras (3).

Svenska rådet för hjärt- och lungräddning ger vart femte år ut riktlinjer för behandling av hjärtstopp, vilka baseras på International Liaison Committee on Resuscitation's (ILCOR) riktlinjer. Enligt ILCOR kan närstående närvara under HLR, då bland annat forskning inte motsäger närvaro som skadligt för närstående. I övrigt är det patientens önskemål som styr om närstående kan närvara eller inte. (4).

## **Erfarenheter av närvaro under hjärt-lungräddning**

För drygt 30 år sedan introducerades ett försök där närstående fick närvara under HLR på Foot Hospital i Michigan, USA. Den första studien inom ämnet publicerades år 1987 och var kontroversiell vad gäller närståendes närvaro under HLR och diskuteras fortfarande (5).

En närstående är en person som ingår i patientens närmaste sociala nätverk. Det kan vara en familjemedlem, släkting, nära vän eller någon annan person denne har en nära relation till (6). Studier visar att närståendes första möte med personalen är avgörande för hur väl de kommer kunna bearbeta sin sorg om patienten inte överlever HLR. På sjukhus där det finns vårdpersonal som är utbildad i att ta hand om närstående uppmuntras de närstående till att vara delaktiga under HLR för att bland annat stötta patienten. Aktuellt stöd bidrar till att närstående känner sig betydelsefulla och får en känsla av att deras närvaro spelar roll. Närstående med erfarenhet av HLR tror att deras närvaro hjälper patienten under förloppet. Vidare uttrycker närstående ingen rädsla inför vad de skulle kunna tänkas se eller höra. Närstående med positiva erfarenheter av att ha närvarat under HLR beskriver vikten av att veta att allt som kunnat göras är gjort, vilket underlättar deras sorgearbete i de fall där patienten dör. Närstående anser även att möjligheten att närvara under HLR bör vara en rättighet (5). Studier visar vidare att förekomsten av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är högre hos närstående som inte fått möjlighet att närvara under HLR (5, 7). Vidare ångrar inte närstående att de närvarat under HLR-förloppet, och erfarenheten av HLR-förloppet beror till stor del på hur personalen kan hantera situationen (5).

Patienter som överlever hjärtstopp beskriver det positivt att närstående har närvarat under HLR-förloppet. De känner sig säkrare och hjälpta av närståendes support och stöd då de beskriver lägre grad av ensamhet och ett mer empatiskt förhållningsätt hos personalen. Patienter anser att närstående bidrar till att personalen ser patienten ur ett mer humant perspektiv, vilket ökar personalens vilja att rädda patientens liv (5). Patienter beskriver en trygghet i att veta att närstående är med under HLR-förloppet då de kan agera som deras advokat (5, 8). En annan fördel som patienter uttrycker med att låta närstående närvara, är att det kan underlätta eventuell sorgebearbetning, då närstående får en bättre insikt i patientens situation och ökad förståelse för sjukdomstillståndet. Flertalet patienter beskriver en ovilja att dö ensamma men anser att vårdpersonalen ska avgöra om det är lämpligt att närstående närvarar vid HLR. Vissa patienter beskriver en trygghet av att få se ett känt ansikte istället för en vårdpersonals ansikte när de återfår medvetandet. Vidare kan närstående återge och förklara händelsen ur ett icke medicinskt perspektiv, vilket patienter anser betydelsefullt, då de närstående även kan föra vidare information till övriga närstående. Patienter med negativa erfarenheter anser att vårdpersonalens fokus flyttas från dem själva till närståendes behov, vilka inte alltid vet vad som är bäst för patienten. Varför risk finns att det är de närståendes intressen som tillgodoses istället för patientens (8). Vidare anser patienter att HLR är en stressig situation vilket kan upplevas som en krissituation av närstående (5, 8).

## **Krissituationer**

Exempel på händelser och situationer som kan utlösa en kris är förlust av närstående, ekonomiska problem, skilsmässa och arbetslöshet (9). En kris upplevs ofta oväntad och/eller oönskad och ter sig värre eller större i omfattning än förväntat. En känsla av handlingsförlamning kan infinna sig då en händelse sker snabbt med oviss utgång och med svårigheter att avgöra vad som är bäst. De normala sätten att lösa en situation är oftast inte tillräckliga, då behövs extraordinära insatser (10). Vidare kan män och kvinnor uppleva kriser på olika sätt, där kvinnor ibland beskrivs som passiva och beroende med avseende på sociala, personliga och ekonomiska omständigheter (11). För en krisdrabbad person kan

sjuksköterskor spela en central roll då denne genom erfarenhet kan känna igen kriser och möta patienten utifrån individens behov (12). Utvecklingen hos personer som genomgår en kris kan ses utifrån Cullbergs psykodynamiska kristeori med fyra naturliga faser som beskrivs nedan (9).

Under chockfasen ses ofta frånvaro eller känsla av meningslöshet hos den drabbade (9). I detta skede kan sjuksköterskor stötta personen till att upprätthålla grundläggande vardagsaktiviteter, som exempelvis mat och vila (11). I chockfasen kan det vara svårt att ta till sig information, vilket är viktigt att ha i åtanke vid omhändertagandet av en person i kris. Vanligtvis varar inte fasen i mer än några dagar (9). I reaktionsfasen blundar inte personen längre för det som hänt, och fasen kännetecknas av utåtagerande känslor som exempelvis ilska, men även sorg, rädsla och/eller förnekelse beskrivs. De olika försvarsmekanismerna gör sig tydliga och personen visar tecken på att försöka finna mening med det som hänt. En vanlig fråga är, varför händer detta mig? Där anledningar varierar i grad av realitet. I bearbetningsfasen inträder tankar på framtiden, vilka är påtagliga under det närmsta året då den drabbade börjar hitta tillbaka till sitt vanliga liv. Denna fas kan således ses som en kritisk punkt då den drabbade bör ha återfått sin verklighetsförankring i så stor utsträckning som möjligt för att kunna gå vidare. Det är även viktigt för framtiden att personen tar sig igenom denna fas med ett gott resultat (9). Ett sätt är att prata om sina upplevelser och identifiera saker som kan hjälpa dem att gå vidare. Genom att objektivt se sig själv i en kris eller genom att dela upplevelserna med andra som genomgått liknande situationer kan personen bearbeta den egna krisen (13). Nyorienteringsfasen innebär att den drabbade kan försonas med vad som hänt, vilket leder till nya intressen och relationer. Denna fas har inget slut utan vad som hänt finns med den drabbade som ett livslångt ärr som inte kan glömmas bort, men behöver inte längre utgöra ett hinder i livet. För många kan krissituationen upplevas betydelsefull i andra delar av livet, vilket sjuksköterskor kan använda för att stödja patienter och närstående i vården (9).

### **Sjuksköterskans ansvar**

Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor ska sjuksköterskan ta till vara på och använda närståendes och patienters kunskap. Vård ska ges utifrån en evidensbaserad grund. Det är sjuksköterskans ansvar att se till att befintlig vård sker utifrån patientens säkerhet, rättigheter och värdighet samt att nya riktlinjer utarbetas utifrån nytillkommen forskning inom området omvårdnad. Då patienten inte kan föra sin talan under exempelvis HLR bör den eller de som känner patienten bäst som patientens närstående, vara en möjlig ersättare. Vården ska bygga på respekt för rätten till liv samt egna val och ges till alla individer och familjer. Vidare identifieras olika behov under och efter ett HLR-förlopp hos patienter och närstående, vilket sjuksköterskan har ett ansvar att stödja och samordna med andra professioner (14). Sjuksköterskan ska ge råd och stöd för att åstadkomma delaktighet utifrån rådande omständigheter, det vill säga informera om vad som kan och kommer att ske. Sjuksköterskan ska vidare kunna kommunicera på ett professionellt, empatiskt och ödmjukt sätt gentemot närstående, då kommunikation är av vikt för att inge förtroende och trygghet (15). Närståendes oro under HLR kan minimeras om en känsla av sammanhang (KASAM) kan skapas, vilket kommer att beröras i nästa delstycke.

### **Känsla av sammanhang**

KASAM är ett begrepp som utgår från ett salutogent synsätt (16) och är baserat på motpolerna hälsa och ohälsa, där hälsa är utgångspunkten för KASAM. En person befinner sig och rör sig mellan dessa motpoler, vilket motsvarar graden av KASAM som kan delas in i tre komponenter: *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. Begriplighet handlar om hur

omvärlden uppfattas och hur den kan förstås. Hanterbarhet beskriver hur händelser hanteras utifrån de resurser som finns tillgängliga. Vidare handlar meningsfullhet om engagemang och motivation för att möta olika händelser. Begreppen avspeglar hur mycket KASAM en person upplever, en individuell upplevelse som ändras och utvecklas över tid. För ett spädbarn ter sig allt obegripligt, ohanterligt och meningslöst till en början, men känslan av sammanhang ökar med åren och når en stabilitet vid 30-35 års ålder. KASAM förändras såväl av uppväxtfaktorer som påfrestande situationer som kan inträffa under livet. Det är ett begrepp som beskriver hur en person klarar av att hantera påfrestningar genom anpassning till olika situationer i livet (16). KASAM kan vidare ses som en personlig resurs som hjälper till att hantera personliga problem (17). Begriplighet konstrueras till stor del av patientens egna tankar och teorier. Vidare uppnås hanterbarhet genom att aktivt söka information, socialt stöd och coping, som används som en positiv omtolkning av situationen. Slutligen är meningsfullhet centralt för upplevelse av livskvalitet, vilket skapas av nära relationer, tro och arbete där kämpaglöd är avgörande för att orka gå vidare i livet (18). KASAM kan med utgångspunkt av ovanstående beskrivningar ses som en betydelsefull faktor för att upprätthålla god hälsa (17).

### **Problemformulering**

Det är betydelsefullt att utveckla kunskap kring hur olika situationer som exempelvis närvaro under HLR-förloppet påverkar närstående. Studier visar att kontakten mellan sjuksköterskor och närstående har betydelse för närståendes bearbetning av en krissituation som exempelvis hjärtstopp. Genom ökad delaktighet under HLR upplever närstående att de är betydelsefulla och att deras närvaro spelar roll. Patienter som överlevt HLR beskriver vidare trygghet av närståendes närvaro under HLR och anser att omhändertagandet blir bättre. Men patienter beskriver även en belastning för närstående att bevittna HLR och de har en rädsla att fokus flyttas från dem till de närstående. Sammanfattningsvis kan HLR upplevas som en krissituation hos såväl vårdpersonal, närstående och patienter, varför det är av intresse att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av närståendes närvaro under HLR.

### **Syfte**

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av närståendes närvaro under hjärt-lungräddning.

### **Metod**

#### **Design**

En litteraturöversikt valdes som metod för aktuellt examensarbete. Litteraturöversikt ansågs lämplig då den kan kartlägga ett visst ämnesområde. Kvalitativa och kvantitativa studier valdes som data för att bredda problemområdet och kunskapsutvecklingen inom problemområdet (19). En litteraturöversikt skapades genom att systematiskt välja ut forskningsstudier inom ett avgränsat område. Vald litteratur granskades och analyserades och resulterade i en översikt inom aktuellt problemområde (20). Inom exempelvis kvalitativ forskning är det vanligt med en induktiv ansats som innebär att forskaren utgår från empirisk vetenskap och som fokuserar på erfarenheter och drar slutsatser som kan ligga till grund för att utveckla åtgärder (21) Utifrån syftet med aktuell litteraturöversikt valdes ett induktivt tankesätt för att skapa ny kunskap. Kvalitativa studier bygger på erfarenheter och kan ge en djupare beskrivning då deltagarna ges större möjlighet att uttrycka sig i ord. Kvantitativa



studier kan inkludera fler deltagare och ge en bättre översiktsbild. Det ger möjlighet att samla in stor mängd data och kan på så sätt representera en större mängd människor (22).

### **Datainsamling**

En inledande sökning gjordes för att kartlägga kunskapsområdet samt skapa en grund för fortsatt sökande. Databaserna som användes var PubMed, Cinahl och Scopus då dessa databaser ansågs relevanta inom ämnesområdet omvårdnad (23). Sökningen gav många träffar och gav en överblick över forskningsområdet, därefter avgränsades sökningen genom en sekundärsökning. Sekundärsökningen var mer precis och målanpassad. Sökorden till denna sökning valdes ut med hjälp av Svensk MeSH och headings från den inledande sökningen. De sökord som ansågs lämpliga att använda för att kunna besvara syftet var cardiopulmonary resuscitation, CPR, family presence, family witnessed, experience, nurse och hospital. Sekundärsökningen gav mellan 6 och 44 träffar, där rubriker gav vägledning till fortsatt urvalsarbete. Bland alla titlar valdes 22 abstract att läsas utifrån syftet med examensarbetet. Därefter lästes 19 studier i sin helhet som även de var relevanta gentemot examensarbetets syfte. Följande inklusionskriterier användes, årtal, 2003-2014 samt originalartiklar skrivna på engelska som behandlade vuxna patienter (*se bilaga I*). De studier som exkluderades var studier enbart inriktade på barnsjukvård samt litteraturöversikter. Däremot inkluderades studier som tog upp vuxna som bevittnat HLR på barn. Vidare inkluderades även studier där både sjuksköterskors erfarenheter och attityder till att ha närstående närvarande under HLR då det gick att särskilja de båda infallsvinklarna. Ordet närstående valdes som bärande begrepp då det inkluderade en stor grupp människor.

För att kunna säkerställa att studierna i analysen var av god kvalitet utfördes en granskning (*se Bilaga II*) med hjälp av en granskningsmall (20). För denna litteraturöversikt valdes en granskningsmall inspirerad av Friberg som protokoll för kvalitetsgranskning. Granskningsmallen utgjordes av 13 frågor som behandlade samtliga studier (*se Bilaga III*). Studierna delades upp och lästes igenom noggrant och poängsattes med hänsyn till granskningsmallens kriterier. Under processen fördes kontinuerligt en dialog mellan författarna gällande studiernas kvalitet. Genom en granskning utvecklades en djupare förståelse för studien, vilket gjorde det lättare att avgöra om studien svarade på syftet. För att visa god kvalitet behövde nio av de 13 frågorna vara uppfyllda inklusive en väl beskriven metod. 16 studier kvalitetsgranskades och utav dessa uppfyllde 10 kraven för att inkluderas i resultatet.

### **Analys**

Analysarbetet genomfördes enligt Fribergs modell (22) i fem steg för hur ett analysarbete går från en helhet till delar till en ny helhet. Valda studier utgjorde till en början en helhet som sedan bröts ner till delar med avseende för litteraturöversiktens syfte. Därefter skapades en ny helhet av det sammanställda resultatet. I analysfasen är det viktigt att arbeta strukturerat. Arbetet påbörjades av att båda författarna läste igenom samtliga studier flera gånger för att lära känna innehållet. I detta första steg lästes studierna i sin helhet med ett öppet sinne. I steg två låg fokus på studiernas resultat där analysen resulterade i övergripande områden i de olika studiernas resultat. Därefter gjordes en sammanställning av resultaten från studierna. Analysen resulterade i strukturerat material där teman urskildes med hjälp av färgmarkeringar vilket bidrog till mönster och sammanhang. I steg tre ställdes studierna mot varandra för att urskilja likheter och skillnader i resultatet och ur detta kunde nya teman skapas. Identifiering av teman gjordes till en början enskilt, därefter jämfördes och diskuterades identifierade teman tillsammans i steg fyra, vilket resulterade i fyra teman: närvaro under HLR, trygghet, rädsla och säkerhet. I det sista och femte steget presenterades det analyserade materialet i

resultatdelen av examensarbetet. Texten skapades utifrån en sammanställning från samtliga studiers resultat där nya teman identifierades. Författarna lät även en utomstående person som inte läst examensarbetet innan och inte hade någon relation till texten läsa igenom och ge kommentarer för att utveckla analysen ytterligare (22).

### **Forskningsetiska reflektioner**

Det finns fyra forskningsetiska huvudkrav som bör beaktas under forskning och utvecklingsarbete. Det är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet och dessa ses mer eller mindre som tvingande inom all humanforskning (24). Kraven har fastställts av Vetenskapsrådet och grundas i grundläggande principer för mänskliga rättigheter för exempelvis patienter, närstående och sjuksköterskor i utsatta situationer. Av de studierna som inkluderades var fem etiskt godkända, resterande fem innehöll en tydlig etisk diskussion av studiernas respektive författare. En etisk kommitté har som uppgift att kontrollera studier om kraven har uppfyllts (25). Två av examensarbetets resultatstudier är mer specifika med att forskningen står bakom Helsingforsdeklarationen med etiska regler för humanforskning (24). Under granskningen av studierna var det viktigt att ovanstående forskningsetiska krav kunde identifieras. Exempel på att kraven var uppfyllda var att deltagarna fått antingen muntlig eller skriftlig information om studien och ibland båda delar. Vidare att det var frivilligt att delta och anonymitet utlovades. Några studier erbjöd möjlighet att prata om känslor som uppkom i samband med studien som inte ingick i studiens syfte, det vill säga att stöd erbjöds i efterhand. Vidare ska en litteraturöversikt vara sanningsenlig, varför det inte är tillåtet att kopiera redan befintlig text (25). Personer som deltar i forskningsstudier är skyddade av regler gällande konfidentialitet och sekretess. Detta innebär att data som samlas in inte ska vara tillgängligt för obehöriga. Det forskarna presenterar i studierna ska inte avslöja vilka deltagarna är och situationer som presenteras ska inte kunna identifieras. Data ska avidentifieras så att deltagarna är anonyma (24). Samtliga studier som är med i resultatet uppfyller dessa krav. Regelverk som skyddar deltagandet är viktigt för att deltagarna i forskningsstudier ska känna sig trygga, då information av personlig art kan delges. Författarna till denna litteraturöversikt har inte medvetet förändrat eller utelämnat något resultat, inte heller medvetet förvridit källors innebörd, utan arbetat efter nämnda forskningsetiska riktlinjer (25).

## **Resultat**

Resultatet presenteras som fyra teman, närvaro under HLR, trygghet, rädsla och säkerhet (se *Figur 1*).



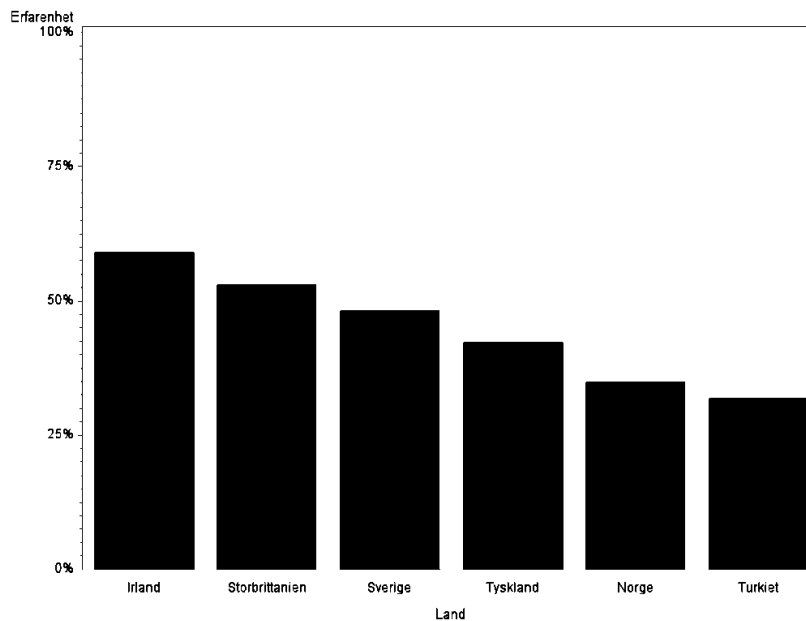
*Figur 1 Översikt över resultatets teman.*

### **Närvaro under HLR**

Studierna visar att det föreligger såväl likheter som skillnader angående sjuksköterskors erfarenheter av närståendes närvaro under HLR mellan exempelvis de nordiska grannländerna Sverige och Norge. Däremot har Storbritannien och Irland, som också är grannländer, mera liknande erfarenheter gällande närståendes närvaro under HLR. Samtliga nämnda fyra länder ligger i norra Europa, medan Turkiet som gränsar till Asien uppvisar motsatta erfarenheter av närståendes närvaro under HLR. Turkiet har både mindre och mer negativa erfarenheter än

övriga länder i studierna. Studierna visar att ju mer erfarenheter sjuksköterskor har desto mer positiva erfarenheter beskrivs. Erfarna sjuksköterskor bjöd in fler närstående till att närvara under HLR. Vidare hade sjuksköterskor från Storbritannien mest erfarenhet av att använda protokoll som stöd på avdelningen vid närståendes närvaro vid återupplivning (26). I studier från Turkiet uppgav däremot ingen att det fanns några riktlinjer eller protokoll att följa vid arbete med HLR (27, 28).

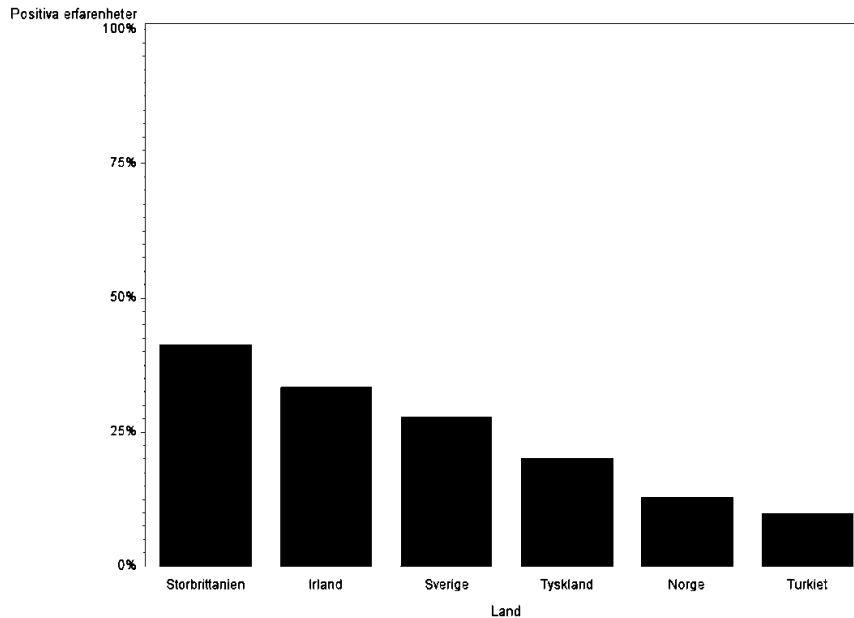
Resultat från fyra europeiska studier med totalt 1399 deltagande sjuksköterskor från bland annat Irland, Norge, Storbritannien, Sverige, Turkiet och Tyskland visade skillnad i erfarenhet av närståendes närvaro under HLR. Totalt antal deltagande sjuksköterskor från dessa länder var 936 st. Där antal medverkande sjuksköterskor från respektive länder var: Irland 51st, Norge 164st, Storbritannien 34st, Sverige 108st, Turkiet 413st samt Tyskland 166st. Irland hade störst andel (58,9 %) sjuksköterskor med erfarenhet av närståendes närvaro under HLR, medan Turkiet hade lägst andel (31,7 %) (Figur 2) (27-30).



Värden är hämtade från fyra olika studier med totalt 1399 medverkande sjuksköterskor.

Figur 2. Andel sjuksköterskor med erfarenhet av närståendes närvaro under HLR

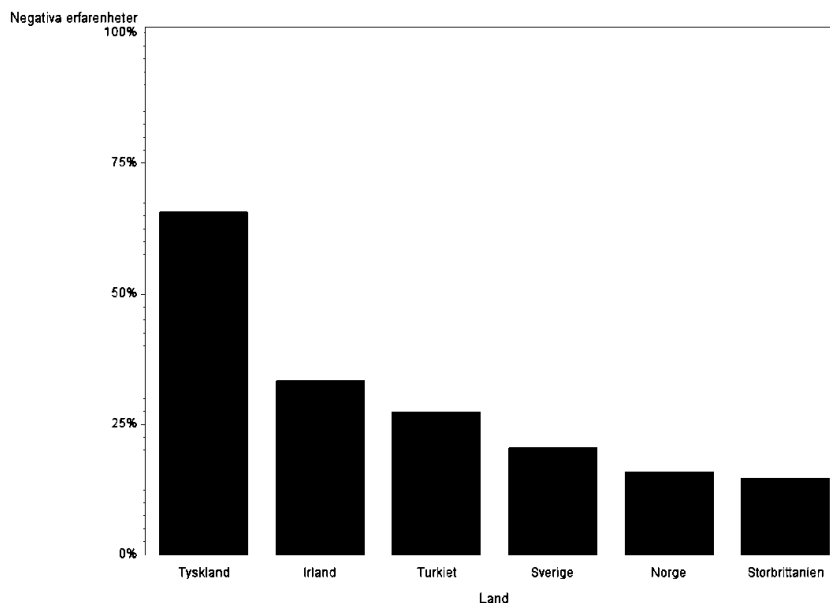
Det fanns ett positivt samband mellan erfarenheter av närståendes närvaro och positiva erfarenheter. Positiva erfarenheter av närståendes närvaro under HLR var vanligast bland sjuksköterskor som var verksamma i Storbritannien (41 %) och Irland (33,3 %). Det land med minst antal positiva erfarenheter var Turkiet (9,6 %) (Figur 3) (27-30).



Värden är hämtade från fyra olika studier med totalt 1399 medverkande sjuksköterskor.

*Figur 3. Andel sjuksköterskor med en eller flera positiva erfarenheter av närståendes närvaro under HLR*

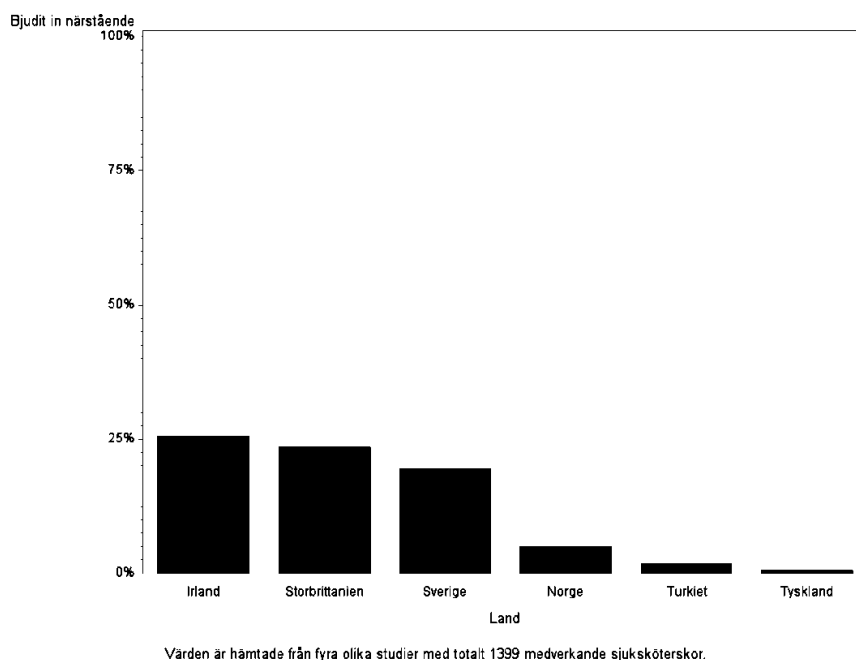
Störst andel negativa erfarenheter av närståendes närvaro under HLR hade sjuksköterskor från Tyskland (65,7 %) därefter kom Irland (33,3 %). I Turkiet (27,3 %), Sverige (20,4 %), Norge (15,9 %) och Storbritannien (14,7 %), var andelen positiva och negativa erfarenheter var jämnt fördelat (Figur 4) (27-30).



Värden är hämtade från fyra olika studier med totalt 1399 medverkande sjuksköterskor.

*Figur 4. Andel sjuksköterskor med en eller flera negativa erfarenheter av närståendes närvaro under HLR*

Vidare fanns ett samband mellan erfarenhet av negativ erfarenhet och förekomst av att bjuda in närstående att närvara. I Irland och Storbritannien var förekomsten av sjuksköterskor som bjudit in närstående att närvara under HLR vanligast med 25,5 % respektive 23,3 %. Motsatsen beskrivs från sjuksköterskor i Tyskland där endast en sjuksköterska (0,6 %) bjudit in närstående att närvara under HLR (Figur 5) (27-30).



Figur 5. Andel sjuksköterskor som bjudit in närvara under HLR.

## Trygghet

Närståendes närvaro under HLR beskrevs av sjuksköterskor som en positiv erfarenhet då de bland annat bidrog till att atmosfären i rummet blev lugnare (31). Närvaron bidrog även till kännedom för närstående om vilka insatser som vidtagits. Det var viktigt för sjuksköterskor med närståendes närvaro för att undvika misstro hos närstående om att misstag begåtts av vårdpersonalen då de kunde se att allt arbete som gjorts var riktigt. Om närstående var med och såg vad det innebar att "göra allt" har sjuksköterskor erfarenhet av att många inte ville utsätta sina nära för HLR i onödan (32).

Närstående som var närvarande under HLR var i större grad förberedda på vad som kunde ske exempelvis om utgången var döden såg också de närstående att det var över när döden väl inträffade. Hälften av sjuksköterskorna i en av studierna ansåg att det var viktigt att tala öppet om patientens tillstånd för att närstående i ett senare skede lättare skulle förstå de beslut som fattats kring patientens behandling (30). Det var lättare att ha närstående närvarande under HLR om hjärtstoppet inte var oväntat, exempelvis efter en längre sjukdomstid, då det var mer naturligt att sjukdomen nådde sin ände (32).

Sjuksköterskor uppgav att det inte spelade någon roll om närstående närvarade eller inte under HLR, då närvaron inte påverkade förloppet (31). Sjuksköterskor hade positiva erfarenheter av att ha föräldrar som närstående närvarande under HLR. Sjuksköterskor beskrev att närstående var till hjälp för personalen att fatta svåra beslut, exempelvis om att

avsluta HLR då föräldrarna såg vad barnet blev utsatt för (30, 32). Ambulanssjuksköterskor ansåg att närstående kunde vara en resurs, då de kunde vara aktiva och delta under HLR, vilket kunde vara till stor hjälp då det inte fanns så mycket personal att tillgå utanför sjukhus. Vidare var det en tillgång att närstående kunde bidra med värdefull information om patienten till sjuksköterskor i den akuta vårdssituationen (31). Utbildning i att ha närstående närvarande under HLR bidrog till att sjuksköterskor kände trygghet i sin yrkesroll (33). Trygghet i yrkesrollen leder till att närstående inte uppfattas som något hot för sjuksköterskorna (31).

### **Rädsla**

Rädslan för att bli utsatt för våld eller hot av närstående under HLR gav en negativ inställning till att närståendes närvaro under HLR. Sjuksköterskor har rapporterat att de blivit hotade till livet av närstående om patienten inte överlevde. Vidare beskriver sjuksköterskor en oro för hur de närstående skulle reagera om de närvarade och en rädsla fanns för att bli stämd om en närstående var med och såg HLR-förloppet (31). Sjuksköterskor hade även erfarenhet av närstående som inte kunde hantera situationen och blev stressade och aggressiva (30). Det upplevdes stressigt för sjuksköterskor att ha med närstående om de blev hysteriska och började gråta, vilket blev ett distraktionsmoment och bidrog till att personalen kände sig obekväma (31), men om närstående var lugna ansåg sjuksköterskor att gick det bra att närstående närvarade (32). Det var i igångsättandet av HLR som sjuksköterskor ansåg att det var särskilt svårt att ta hand om de närstående, men när väl proceduren var igång gick det bra (34). Sjuksköterskor var rädda eller kände en oro för de närståendes psykiska hälsa efter att de bevittnat HLR (27). Alla reagerar olika på en krissituation och det var viktigt att alternativet för närstående att lämna rummet när som helst alltid fanns, det vill säga att närstående gavs möjlighet att välja om de ville närvara (32). Vidare betonade sjuksköterskor behovet av att noggrant informera närstående om HLR-förloppet för att kunna avgöra om de önskade att närvara eller inte (30).

Något som visade sig vara betydande för om de närstående skulle ges möjlighet att närvara eller inte var om de hade vårderfarenhet, annars ansåg sjuksköterskor att de inte skulle klara av att bevittna HLR. Om närstående inte var vana och inte visste vad HLR innebar innan de tackade ja till att närvara ansåg sjuksköterskor att det kunde bidra till en traumatisk upplevelse (33). En sjuksköterska uppgav att människor utan vårderfarenhet skulle ha svårt att handskas med alla minnen de fått från exempelvis intubering och defibrillering av patienten samt att det skulle vara en för stor krissituation för de närstående (32, 33). Ytterligare en studie tog upp att det underlättade om närstående som bevittnade HLR var sjukvårdskunniga. Men där var motiveringen delvis en annan, att närstående senare kunde berätta för andra närstående till patienten hur förloppet sett ut, vilket kunde vara till hjälp för sjuksköterskorna (32). Ett problem med att ha närstående utan vårderfarenhet närvarande i rummet ansåg sjuksköterskor var att närstående projicerade sin rädsla till patienten då de inte förstod vilka insatser som krävdes i den svåra situationen (33).

### **Säkerhet**

Faktorer som kan ha påverkat erfarenheter av att närstående närvarar under HLR var inte bara mänskliga faktorer utan även organisatoriska, exempelvis tillgänglighet av personal och platsutrymme. Sjuksköterskor från Tyskland beskrev begränsad plats mellan sängarna som ett problem. De ansåg det svårt att hitta utrymme i rummet så att närstående kunde se och vara delaktiga (30). Några sjuksköterskor såg det som ett problem att antalet närstående som kunde närvara blev begränsat och identifierade problem med att kunna tillgodose vissa kulturella gruppers behov vid en krissituation (33).

Det framkom även att det inte fanns tillräckligt med personal för att ta hand om närstående, vilket sjuksköterskor ansåg var viktigt (30, 31, 33). Bristen på personal gjorde att det inte blev ett bra omhändertagande med risk för en negativ upplevelse för närstående (30). En sjuksköterska uppgav att närstående bör placeras strategiskt så att de inte är i vägen under HLR-förloppet (35). Vidare upplevde sjuksköterskor det svårt att fokusera på både patienten och närstående samtidigt (31, 32). Sjuksköterskor ansåg att personalen blev tystare om närstående närvarade eftersom de upplevde det jobbigt att bli övervakade av närstående. Men det kunde även upplevas positivt om närstående gav positiv feedback till vårdpersonalen att de var nöjda med deras insats (32). Sjuksköterskor beskrev att närstående rutinmässigt visades till närståenderummet för att vänta där medan vårdpersonalen tog hand om patienten. Om patienten kom med ambulans till sjukhuset och närstående var med i bilen följde de ofta patienten hela vägen in till behandlingsrummet utan någon barriär som stängde ute dem (31). Sjuksköterskor beskrev en brist på riktlinjer eller protokoll att följa gällande närståendes närvaro under hjärt-lungräddning och andra invasiva situationer, något som sjuksköterskor ansåg kunde vara till hjälp och bidra till en mer positiv erfarenhet av närståendes närvaro relaterat till en säkrare yrkesroll (30). Sjuksköterskor i en utav studierna önskade protokoll och riktlinjer som var särskilt avsedda för att praktiskt guida dem i stressade situationer då närstående önskade närvara (26).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Både kvantitativa och kvalitativa studier har använts, vilka har olika design som kompletterar varandra utifrån examensarbetets syfte. Erfarenheter av att ha upplevt något kan besvaras kvantitativt med ett ja eller nej, men för att sedan beskriva erfarenheten behöver kvalitativ metod användas. Då studierna ofta innehåller både erfarenheter och attityder har ett flertal studier en kvantitativ design med kvalitativa inslag. Då det är svårt att behandla både kvantitativa och kvalitativa studier i en litteraturöversikt har resultaten beskrivits utifrån olika perspektiv och med hänsyn till dess olika metoder. Granskningen är gjord med inspiration av Fribergs båda granskningsmallar för kvantitativa respektive kvalitativa granskningar (20), utifrån dessa utformades en gemensam mall att använda för att granska studier med olika design. Utöver kriteriet att minst nio frågor skulle vara positivt besvarade för att inkluderas i resultatet, behövde studiens metod vara väl beskriven, vilket kan ses som en kvalitetsgaranti. Risken med att genomföra en litteraturöversikt är att ett redan tolkat material tolkas igen, vilket kan vara en brist i tillförlitlighet (20). En ytterligare svårighet med att göra en litteraturöversikt är att begränsa urvalet av studier. Författarna till denna litteraturöversikt hade svårigheter att välja urvalskriterier för att finna tillräckligt antal studier som överensstämde med syftet (36). Valet av att ta med studier som inkluderar flera professioner motiveras av att sjuksköterskors erfarenheter kunde särskiljas.

Författarna till aktuellt examensarbete har under granskning valt att fokusera på huvudsakligen fyra frågor i studierna som är i enlighet med vad syftet för en litteraturöversikt är, validitet, reliabilitet, konfidentialitet och anonymitet. Validitet visar att rätt data mäts medan reliabiliteten visar hur bra mätningarna som gjorts är (24). Antalet deltagare i de kvantitativa studierna är fler, vilket är naturligt och exempelvis frågeformulär används som metod. De kvantitativa studiernas validitet varierar beroende på studiens omfattning då brist på validitet kan ses om resultatet inte kan generaliseras på en större folkgrupp. Några studier var utförda på internationella konferenser där urvalet av deltagare var representativt för yrkeskåren. Det var även stor spridning på var studierna är utförda, det visar på ett globalt

problemområde då flera länder är representerade, vilket kan anses stärka validiteten. Studier som enbart utförs på sjukhus i samma land kan ha mindre validitet varför hänsyn behöver tas vid granskningen, låg validitet beskrivs även studier med en homogen grupp kunna ha. I aktuellt examensarbete finns dock en snedfördelning av deltagare (36). Bortfall redovisas tydligt i valda studier och i studier med ett stort antal deltagare kan ett större bortfall accepteras. Bortfallet i de kvantitativa studierna var i flera fall ca 50 %, vilket ger minskad validitet och reliabilitet. Då deltagandet är frivilligt i samtliga studier kan det även tänkas vara så att endast de som har en stark åsikt om ämnet väljer att delta, det vill säga att de som är likgiltiga eller inte har lika stark åsikt väljer att inte delta. Då det fanns begränsat antal publicerade studier att tillgå inom problemområdet har författarna ändå valt att ta med studierna i examensarbetet trots bortfall i några av valda studier, och resultatet får ses i detta perspektiv.

Ett slumpmässigt urval samt en jämn fördelning mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp stärker en studies validitet (36). Inkluderade studier i aktuellt examensarbete har inte använt sig av interventionsgrupper eller kontrollgrupper då det är erfarenheter som har identifierats och inte skillnader, det kan därför inte ses som en betydande faktor för bristande validitet. Då mätinstrument som exempelvis frågeformulär används i studierna styrks dess reliabilitet om formuläret är etablerat inom ämnet sedan tidigare. Flera valda studier har använt sig av samma frågeformulär vilket kan avses ge styrka åt litteraturöversiktens resultat. Vidare kan det vara svårt att beskriva erfarenheter genom en kvantitativ mätmetod, därför är det svårt att bedöma reproducerbarheten i studierna. Studierna har använt sig av många och välformulerade frågor för att ge möjlighet till stor precision, vilket kan anses stärka reliabiliteten (36).

Trovärdighet och tillförlitlighet i studier visar på hur väl forskningen är utförd med hänsyn till forskarens förståelse samt hur väl metoden är beskriven (37). Studier med kvalitativ metod har oftast färre deltagare då det annars skulle bli alltför omfattande och tidskrävande att utföra exempelvis personliga intervjuer. En annan orsak till att kvalitativa studier har relativt få deltagare kan vara att det är få som har erfarenhet av närståendes närvaro under HLR. Vidare behöver det inte vara en brist med få deltagare utan det kan visa på behov av mer forskning inom området. Vid utförande av kvalitativa studier är det viktigt att tänka på att erbjuda konfidentialitet för att deltagarna ska känna sig trygga att delta. Om anonymitet kan utlovas stärker det studiens trovärdighet. Det visar på att studierna är seriösa och tar hänsyn till de etiska huvudkraven, vilket ökar trovärdigheten i studierna. Data som samlas in ska behandlas med sekretess och respekt för materialet. I valda studier har konfidentialiteten säkrats genom att studiernas deltagare avidentifierats och ersatts med exempelvis nummer (36).

Brist på publicerade studier inom valt ämne det senaste decenniet samt svårigheter att hitta studier i fulltext bidrog till att några studier äldre än 10 år inkluderades. Trots studiernas ålder anser författarna att de fortfarande är aktuella då det inte funnits tillräckligt med ny forskning att tillgå samt att resultaten harmoniserar med nyare studiers resultat. Vidare kan inte början av 2014 likställas med ett fullgjort år, därmed kan de studier som använts anses mer relevanta. Samtliga studier var skrivna på engelska som inte är författarnas modersmål, varför risk för tolkningsfel finns när studier översatts till svenska. Det engelska språket är mer ordrikt och därmed kan det vara svårt att hitta en lämplig svensk översättning med samma innebörd (36). Svensk Mesh och headings användes för att underlätta sökningen och bidrog till mer kvalificerade träffar, som kom att användas i den sekundära sökningen. Det finns ett fåtal studier publicerade som enbart tar upp sjuksköterskors erfarenheter, varför det är av intresse



att bygga vidare på dessa i nästa steg i forskningsprocessen för att identifiera tillgångar och problem med att närstående närvarar under HLR.

Genom att använda Fribergs analysmodell i fem steg genomfördes analysarbetet på ett strukturerat sätt. Om inte en modell följs finns risk att delar av studien uteblir från analys. Således är det viktigt att ha ett kritiskt förhållningssätt och försöka se på materialet med objektiva ögon för att minimera risken för selektivt urval, det vill säga att författarna inte medvetet väljer studier som enbart stödjer den egna utgångspunkten (20). Det finns även fördelar att skriva ett examensarbete tillsammans med en annan person. Arbetet kan då kontinuerligt diskuteras och kvaliteten på arbetet förbättras och risken för att fel uppstår reduceras då två personer granskar samma data. Författarnas egen förförståelse finns alltid med i en analys av data och kan vara ett hinder både i det egenskrivna arbetet och i tolkning av framtagna studier. Det finns en risk att resultat tolkas lika och vissa aspekter förbises då förförståelsen till stor del kan vara lika hos båda författarna. För att reducera denna risk har författarna arbetat utifrån ett kritiskt förhållningssätt gentemot den egenskrivna texten och valda referenser. Genom handledning har texten kommenterats och ifrågasatts och gett upphov till frågeställningar som uppmuntrat till att ha ett kritiskt förhållningssätt. Vidare har en utomstående person läst igenom examensarbetet och oklarheter uppdagades som var till hjälp för att utveckla arbetets tydlighet (37). Om examensarbetet skulle göras om idag hade författarna valt att läsa på mer om hur genomförande av en litteraturöversikt går till innan skrivprocessen påbörjades. Författarna skulle även tagit mer hjälp av bibliotekets resurser under sökprocessen för att minska tidsåtgången.

## **Resultatdiskussion**

Examensarbetets syfte får anses vara uppnått med hjälp av studier som beskriver erfarenheter från såväl ett kvantitativt som kvalitativt perspektiv.

## **Begriplighet**

Vårdpersonal beskrivs vara vana vid att föräldrar är närvarande när barn är sjuka, därför kan det ses som ett naturligt val att de även närvarar under HLR om de önskar. Närstående till patienter som kommer in till sjukhus med ambulans följer ofta med in till behandlingsrummet vid ankomsten. De har varit med under hela förloppet hittills och därför är det inte konstigt om de fortsätter att närvara även om HLR behöver utföras. När närstående får närvara under hela HLR-förloppet kan situationen upplevas mer begriplig och förhoppningsvis blir krissituationen lättare att hantera för samtliga inblandade (16). Sjuksköterskor befarade att de skulle bli stämnda, känna nervositet eller ha svårt att koncentrera sig i samband med närståendes närvaro. De var även oroliga över att säga något högt som skulle kunna göra de närstående upprörda (26). Sjuksköterskor trodde också att de närstående skulle störa personalens arbete eller lägga sig i och bli våldsamma eller aggressiva (33). Sjuksköterskors rädsla för våldsamma närstående och att de känner sig övervakade kan även försämra deras arbetsprestationer under HLR (26). Anledningen till varför sjuksköterskor är negativa kan vara en rädsla för närståendes närvaro snarare än att det inte skulle vara bra för de närstående. Om närståendes närvaro leder till att vårdpersonalens arbete försvåras kan även teamarbetet och omhändertagandet försämrats. Kommunikation är därför av stor vikt för samtliga parter för att situationen ska upplevas positiv (15). Under de senaste åren har antalet förfrågningar av närstående som vill närvara under HLR ökat i Storbritannien (26), vilket kan bero på att frågan fått ökad uppmärksamhet i media. En annan anledning kan vara att närstående har bättre kunskap om HLR samt att de på flera sjukhus ges möjlighet att närvara. Allmänhetens utökade kunskap kan bidra till en mer positiv attityd hos sjuksköterskor då oro för missförstånd mellan parterna minskar då närstående förstår HLR-förloppet (30). Kunskap hos

allmänheten är därför en viktig fråga som berör alla då ett hjärtstopp kan drabba vem som helst, när som helst. Röda korset är en resurs som utbildar allmänheten i HLR vilket leder till fler människor med kunskap om HLR (38). Utbildning för sjuksköterskor och närstående visade sig ha en betydande roll för om erfarenheten upplevdes positiv eller negativ. Bristande kunskap hos närstående kring HLR bidrog till att sjuksköterskor var rädda för att konflikter skulle uppstå (26).

### **Hanterbarhet**

Vidare är det betydelsefullt för närstående att veta att alla insatser är utförda under HLR, vilket underlättar en eventuell sorgprocess (32). Det är en viktig uppgift för sjuksköterskan att göra de närstående delaktiga utifrån de närståendes önskan och förutsättningar. Ett sätt att bidra till delaktighet kan exempelvis vara att involvera närstående i olika beslutsfattningar, men klargöra för dem att det är ett läkarbeslut som avgör när HLR ska avslutas (39). Genom att öppet prata med och informera de närstående om patientens status kan det underlätta beslutsfattande och ett eventuellt sorgearbete (30). Om sjuksköterskor har en öppen dialog med de närstående så att de förstår vad som sker kan exempelvis rädslan för konflikt med närstående minska (26). Sjuksköterskor har bland annat till uppgift att leda och förbättra rutiner kring exempelvis HLR. Eftersom patientens hälsa snabbt kan förändras är det viktigt att det finns någon som tar på sig ledarskapet för att arbetet ska bli strukturerat (15). Genom ett strukturerat arbetssätt där all vårdpersonal vet sin uppgift kan teamet uppleva trygghet i kritiska situationer som exempelvis HLR. Det är inte enbart upp till de närstående, utan ansvar ligger även på sjuksköterskan att hitta strategier för att kunna hantera eventuella rädsor som kan uppstå i kritiska situationer där hanterbarheten kan påverkas (16). På grund av detta är det viktigt att inte förbise sina personliga behov då KASAM kan ses som en personlig resurs (17). Enligt kompetensbeskrivningen har sjuksköterskan ett ansvar att möta de närståendes behov och ge dem undervisning som kan hjälpa dem hantera situationen, och därmed underlätta krissituationen (15). Om fortsatt behov av krishantering föreligger har sjuksköterskor fått intrycket av att det är viktigt att närstående får hjälp av exempelvis en psykolog att hantera psykiska och känslomässiga behov efter att ha varit närvarande under HLR (30). De flesta sjuksköterskor i aktuellt resultat anser att närstående ska ges möjlighet att närvara, då krävs det stöd i form av en person som är speciellt utsedd för att ta hand om närstående och deras behov. I annat fall finns risk att det blir en alltför traumatisk upplevelse för de närstående. Närstående kan få hjälp att hantera situationen med hjälp av en stödsjuksköterska. Med en stödsjuksköterska till hands kan situationen underlättas för samtliga inblandade, såväl sjuksköterskor som närstående (26). Sjuksköterskors stödjande funktion är av betydelse för att anpassa omvårdnaden och se varje individ. Om det finns en person som är utsedd att ta hand om de närstående kan sjuksköterskors upplevelser av närståendes närvaro under HLR förbättras (35). För att underlätta HLR-förloppet för vårdpersonal och närstående skulle det även kunna vara aktuellt att anpassa rummen på sjukhus. Rummen skulle kunna göras rymligare på vårdavdelningar där hjärtstopp är mer förekommande, exempelvis på en hjärtavdelning eller intensivavdelning då brist på plats runt sängen innebär svårigheter att bjuda in närstående. Det är viktigt att sjuksköterskor bjuder in närstående att närvara om de önskar. Om det är trångt i patientrummet är det betydelsefullt att annat utrymme finns till hands, exempelvis närståenderum (30). Vidare framkommer det i resultatet att det saknas riktlinjer och protokoll om hur sjuksköterskor ska förhålla sig till att närstående närvarar (30). Det gör att vårdpersonal måste agera utifrån sin egen intuition vad gäller omhändertagandet av de närstående, vilket kräver såväl empati, kunskap och improvisation. Även sjuksköterskor som inte haft erfarenhet av att närstående närvarat under HLR anser att riktlinjer och protokoll skulle kunna hjälpa dem att känna sig tryggare i arbetet

(26). Bristen på protokoll kan även vara en anledning till att få sjuksköterskor bjuda in närstående att närvara (30). Det framkom även att några avdelningar hindrade närstående att närvara, då det inte fanns någon skriven policy som styrkte aktuellt beslut, varför behov av en skriven policy som tillåter att närståendes närvaro uttrycks (40). Detta skulle ge möjlighet till upplevelsen av ökad hanterbarhet för såväl sjuksköterskor som patienter (16).

### **Meningsfullhet**

Genom närståendes närvaro under HLR-förloppet kan känslan av meningsfullhet öka (16). En anledning till varför det råder olika attityder bland sjuksköterskor är att vi är olika och det finns personliga barriärer som kan bidra till en negativ attityd. Det är också svårt att ändra på gamla attityder som funnits länge, då en arbetsplats påverkar medarbetarnas attityder och erfarenheter (33). I en studie blev sjuksköterskor tillfrågade om de skulle vilja att deras närstående närvarade om de var i behov av hjärt-lungräddning. Drygt hälften svarade ja och sjuksköterskorna ville även själva medverka om deras närstående skulle behöva hjärt-lungräddning (33). Närstående är precis som sjuksköterskor individer som bör ges möjlighet att närvara vid HLR vilket kan öka känslan av meningsfullhet. Som sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om egna värderingar och inte utgå från att alla tycker likadant. Det gäller i mötet med annan personal, patienter och närstående för att vården ska bli individanpassad. Alla närstående reagerar olika i en krissituation och det går inte att förutsätta att alla närstående vill närvara under HLR. Dessutom kan kultur och religion vara en barriär för sjuksköterskor att bjuda in närstående att närvara vid HLR. Det kan upplevas känslomässigt besvärligt att se en person dö medan andra kan vilja vara med för att försäkra sig om att patienten får behandling som är förenad med religiösa handlingar när döden inträffar (41). Sjuksköterskor bör se närstående som en resurs inom vården, exempelvis då det inte finns tillgång till patientjournal eller sjukvårdspersonal som känner till patientens historia. Ambulanssjuksköterskor uttryckte att närstående kunde vara till hjälp genom att ge information om patienten (31). Då patienter inte kan föra sin egen talan under HLR bör den med fördel föras av den/de personer som känner patienten bäst, förslagsvis patientens närstående som genom att vara delaktiga kan uppleva meningsfullhet. Därav bör närstående ges möjlighet att närvara under HLR-förloppet, vilket är vanligt inom barnsjukvård där föräldrar ses som en resurs. Närstående skulle kunna tas till vara på det viset även inom vuxenvården. Det skulle även kunna bidra till att de närstående känner sig delaktiga och uppnår en högre grad av meningsfullhet. Vid ömsesidigt kunskapsutbyte mellan olika professioner kan kunskap om hur närstående kan känna sig delaktiga uppnås. Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor ska sjuksköterskan ta till vara på och använda närståendes och patienters kunskap (15).

### **Slutsats**

Resultatet visar på blandande erfarenheter hos sjuksköterskor av närståendes närvaro under HLR. Sjuksköterskors upplevelser av närståendes närvaro påverkas bland annat av deras erfarenhet, ju mer erfarenhet desto mer positiva är sjuksköterskor. Sjuksköterskor med erfarenhet och utbildning av att närstående närvarar känner sig tryggare under HLR-förloppet i de fall närstående närvarar. Det är viktigt att sjuksköterskor tar till sig kunskap inom ämnet för att kunna stötta närstående och därmed även bidra till utveckling av närståendes känsla av sammanhang. Sjuksköterskors kunskap om krishantering kan vara till hjälp för att ge god omvårdnad till närstående. Vidare kan oro och rädsla för våldsamma närstående minska med hjälp av en stödsjuksköterska som stöd till närstående under HLR-förloppet. Närstående bör ses som en resurs för vårdpersonal då de kan bidra med information om patienten och vidare bidra till god stämning i rummet under HLR-förloppet. Slutligen, det behövs fler riktlinjer

och protokoll för att sjuksköterskor ska känna trygghet att bjuda in närstående till att närvara under HLR.

### **Kliniska implikationer**

Aktuell litteraturöversikt har för avsikt att bidra till ökad kunskap inom ett relativt outforskat område, närståendes närvaro under HLR. Det är viktigt att kunskap om sjuksköterskors erfarenhet av närståendes närvaro beskrivs, då det kan öka medvetenheten om vilka problem som föreligger och vad som kan förbättras. Ökad medvetenhet leder förhoppningsvis till mer forskning och åtgärder i praxis så som utveckling av riktlinjer om HLR-förloppet samt kvalitativt omhändertagande av närstående. Genom att erbjuda närstående möjlighet att närvara under HLR-förloppet kan en eventuell sorgebearbetning underlättas. Det är därför viktigt att sjuksköterskor får goda förutsättningar för att jobba säkert och evidensbaserat, samt att de ska känna sig trygga i sin professionella yrkesroll för att kunna vara ett stöd för närstående under HLR-förloppet. Ett lugnt bemötande och en öppen dialog är av betydelse för att HLR-förloppet ska upplevas positivt för alla parter. Implementering av stödsjuksköterskor på sjukhus skulle kunna förbättra den kritiska situation som HLR innebär för såväl sjuksköterskor som närstående. För att utbilda stödsjuksköterskor behövs särskilda utbildningsinsatser. Det hade varit intressant att göra en kvalitativ studie för att få ytterligare kunskap om det nationella perspektivet och därefter genomföra ett förbättringsarbete utifrån den evidensbaserade kunskapen som resultatet kan bidra till.

## Referenslista

1. Svenska rådet för hjärt- lungräddning. Hjärtstopp på sjukhus, behandling och utbildning 2012 [cited 2014-03-14]. Available from: [http://www.hlr.nu/sites/hlr.nu/files/attachment/Hj%C3%A4rtstopp\\_p%C3%A5\\_sjukhus\\_rev\\_2012.pdf](http://www.hlr.nu/sites/hlr.nu/files/attachment/Hj%C3%A4rtstopp_p%C3%A5_sjukhus_rev_2012.pdf).
2. Svenska rådet för hjärt- lungräddning. Fakta hjärtstopp 2012 [cited 2014-03-14]. Available from: <http://www.hlr.nu/fakta-hjartstopp>.
3. Buschmann CT, Tsokos M. Frequent and rare complications of resuscitation attempts. *Intensive care medicine*. 2009;35(3):397-404.
4. Svenska rådet för hjärt- lungräddning. Nya guidelines och utbildningsmaterial 2011 [cited 2014-03-19]. Available from: <http://hlr.nu/riktlinjer>
5. Axelsson AB, Zettergren M, Axelsson C. Good and bad experiences of family presence during acute care and resuscitation. What makes the difference? *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2005;4(2):161-9.
6. Benzein E, Hagberg M, Saveman B-I. Familj och sociala relationer. In: Friberg F, Öhlén J, editors. *Omvårdnadens grunder, perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur AB; 2009. p. 67-85.
7. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *The New England journal of medicine*. 2013;368(11):1008-18.
8. McMahon-Parkes K, Moule P, Bengler J, Albarran JW. The views and preferences of resuscitated and non-resuscitated patients towards family witnessed resuscitation: a qualitative study. *International journal of nursing studies*. 2009;46(1):12-21.
9. Cullberg J, Lundin T. *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur; 2006.
10. Svenska institutet för kriskommunikation. Vanliga kännetecken för en kris 2012 [cited 2014-04-03]. Available from: <http://www.krisinstitutet.se/2010/vanliga-kannetecken-for-en-kris/>.
11. Alley N, Macnee C, Aurora S, Alley A, Hollifield M. Health promotion lifestyles of women experiencing crises. *Journal of community health nursing*. 1998;15(2):91-9.
12. Chase E. Crisis intervention for nurses. *Clinical journal of oncology nursing*. 2013;17(3):337-9.
13. Mead S, Hilton D. [Crisis and connection.]. *Sante mentale au Quebec*. 2002;27(1):83-101.
14. Nurses ICo. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor 2012 [cited 2014-04-28]. Available from: <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>.
15. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska 2005 [cited 2014-03-19]. Available from: [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf).
16. Antonovsky A, Elfstadius M. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur; 2005.
17. Basinska MA, Andruszkiewicz A, Grabowska M. Nurses' sense of coherence and their work related patterns of behaviour. *International journal of occupational medicine and environmental health*. 2011;24(3):256-66.

18. Strang S, Strang P. Spiritual thoughts, coping and 'sense of coherence' in brain tumour patients and their spouses. *Palliative medicine*. 2001;15(2):127-34.
19. Segesten K. Att välja modell för sitt examensarbete. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*2006. p. 85-8.
20. Friberg F. Att göra en litteraturoversikt. In: F F, editor. *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*2006. p. 115-24.
21. DePoy E, Gitlin LN. *Forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur; 1999.
22. Friberg F. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*2006. p. 105-14.
23. Östlund L. Informationssökning. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*2006. p. 45-70.
24. Olsson H, Sörensen S. *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber; 2011.
25. Stryhn H, Bolinder-Palmér I, Olsson K, Wierup L. *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2007.
26. Fulbrook P, Albarran JW, Latour JM. A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *International journal of nursing studies*. 2005;42(5):557-68.
27. Gunes UY, Zaybak A. A study of Turkish critical care nurses' perspectives regarding family-witnessed resuscitation. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(20):2907-15.
28. Badir A, Sepit D. Family presence during CPR: a study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *International journal of nursing studies*. 2007;44(1):83-92.
29. Axelsson AB, Fridlund B, Moons P, Martensson J, Op Reimer WS, Smith K, et al. European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2010;9(1):15-23.
30. Koberich S, Kaltwasser A, Rothaug O, Albarran J. Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in critical care*. 2010;15(5):241-50.
31. Walker WM. Emergency care staff experiences of lay presence during adult cardiopulmonary resuscitation: a phenomenological study. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2013.
32. Knott A, Kee CC. Nurses' beliefs about family presence during resuscitation. *Applied nursing research : ANR*. 2005;18(4):192-8.
33. Ellison S. Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. *Journal of emergency nursing: JEN : official publication of the Emergency Department Nurses Association*. 2003;29(6):515-21.
34. Larsson R, Engstrom A. Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest. *International journal of nursing practice*. 2013;19(2):197-205.
35. James J, Cottle E, Hodge RD. Registered nurse and health care chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed

- resuscitation. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*. 2011;27(1):19-26.
36. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur & Kultur; 2013.
37. Granskär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2012.
38. Röda Korset. Första hjälpen [cited 2014-05-05]. Available from: <http://www.redcross.se/teman/forsta-hjalpen/?resid=364319529&q=hlr&ilang=sv&bbr=1&url=%2fteman%2fforsta-hjalpen%2f&uaid=92BEA7958DABDC6375A5D392D7E763E5%3a31302E312E3131302E323430%3a5247034897307649938>.
39. Svenska Läkaresällskapet Ss, HLR-rådet. Etiska riktlinjer för HLR 2012 [cited 2014-04-25]. Available from: [http://sfai.se/files/Nationella\\_Riktlinjer\\_HLR\\_120910.pdf](http://sfai.se/files/Nationella_Riktlinjer_HLR_120910.pdf)
40. Maclean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, Meyers TA, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *Journal of emergency nursing: JEN : official publication of the Emergency Department Nurses Association*. 2003;29(3):208-21.
41. Al-Mutair AS, Plummer V, Copnell B. Family presence during resuscitation: a descriptive study of nurses' attitudes from two Saudi hospitals. *Nursing in critical care*. 2012;17(2):90-8.

## Bilaga I

Tabell 1 Översikt sökprocess

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa studier	Kvalitetsgranskade	Valda studier
140313 Chinal	Cardiopulmonary resuscitation AND Family presence AND Nurse AND Hospital	2003-2014, Peer reviewed, all adult	11	11	5	3	3 (1)
140313 Scopus	"cardiopulmonary resuscitation" AND "family presence" AND nurse AND hospital	2003-2014, English, Original article	22	14	4	4	4 (1)
140320 Scopus	cpr AND "family presence" AND nurse	2003-2014, English, Original article	15	7	3	2	2 (1)
140320 Pubmed	Family witnessed cardiopulmonary resuscitation experience nurse	2003-2014	6	4	2	2	2 (1)
140403 Chinal	Cardiopulmonary resuscitation AND nurses experiences	2003-2014, peer reviewed, all adult	6	4	3	3	3 (1)
140415 Pubmed	Experience family witnessed resuscitation hospital nursing	2003-2014, humans	9	4	2	2	2 (1)
Total:			69	44	19	16	10



## Bilaga II

Tabell 2 Översikt resultatstudier

Allmänt	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet sgranskade
<b>Författare:</b> Köberich et al <b>År:</b> 2010 <b>Land:</b> Tyskland	Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses.	”To explore the attitudes and experience of German intensive care nurses towards FWR”.	Kvantitativ deskriptiv studie med kvalitativa frågeformulär.	166/394 frågeformulär besvarades fullständigt. Knappt hälften av deltagarna hade erfarenhet av närståendes närvaro, 65.7% av dem med negativ erfarenhet. Intervjuerna delades in i teman, individuell beslutsfattande, stöttning av familj, psykiska och fysiska hot involverandet av familj, attityder delades in i teman, beslutsfattande, process och efterförlopp. 67.5% ansåg inte att närstående skulle ges möjlighet att närvara.	10
<b>Författare:</b> Fullbrok et al <b>År:</b> 2005 <b>Land:</b> Nederländerna	A european survey of critical care nurses' attitudes and experience of having family members present during cardiopulmonary resuscitation	Frågeställningar Vad är erfarenheten och attityderna av europeiska intensiv sjuksköterskor gällande familjemedlemmar under HLR av en vuxens närstående.	Kvantitativ med självsvarfsfrågeformulär	124/235 besvarade formulär användes till resultatet. 46.8% hade erfarenheter av närståendes närvaro. 53.4% hade en positiv erfarenhet. Ingen skillnad mellan intensive care unit (ICU) och icke ICU sjuksköterskors attityder. Flest ansåg att närstående skulle bli erbjudna att närvara. Finns en signifikant skillnad mellan UK-sjuksköterskor och övriga europeiska. Många är rädda för konflikt med närstående.	11

<p><b>Författare:</b> Badir et al <b>År:</b> 2007 <b>Land:</b> Turkiet</p>	<p>Family presence during CPR: A study of the experience and opinions of Turkish critical care nurses</p>	<p>”To investigate the opinions and experience of critical nurses regarding family member presence during resuscitation”.</p>	<p>Kvantitativ med frågeformulär, pilottestade på 30 sjuksköterskor</p>	<p>278/409 (68%) svarade korrekt på frågeformulären. 63.7% hade ingen erfarenhet av närståendes närvaro. 88.8% var negativa till närståendes närvaro ingen hade protokoll eller bjöd in de närstående. Attityder, 88.1% var oroliga för våldsamheter och hot från närstående. 55.4% oroliga för närståendes psykiska hälsa efter att närstående närvarat under HLR.</p>	9
<p><b>Författare:</b> Ellison <b>År:</b> 2003 <b>Land:</b> USA</p>	<p>Nurses’ Attitudes Toward Family Presence During Resuscitative Efforts and Invasive Procedures</p>	<p>”To identify the relationship between demographic variables and nurses’ attitudes and beliefs regarding family presence during resuscitative or invasive procedures”.</p>	<p>Kvantitativ deskriptiv sambands studie med kvalitativt frågeformulär.</p>	<p>208/500 besvarade frågeformulären. Miljön ger inte platsutrymme för närstående. Närståendes bakgrund spelar roll enligt sjuksköterskor om de ska få närvara eller inte. Det finns personliga barriärer för om man är positiv eller negativ till närståendes närvaro.</p>	10
<p><b>Författare:</b> Knott et al <b>År:</b> 2005 <b>Land:</b> USA</p>	<p>Nurses’ beliefs about family presence during resuscitation</p>	<p>“To explore the beliefs and experiences of RNs providing care to all ages of patients in various acute care settings...”.</p>	<p>Deskriptiv kvalitativ metodologisk design. 10 sjuksköterskor intervjuades.</p>	<p>4 teman, villkor där family presence (FP) är ett alternativ, använda FP för att framtvunga beslut, personalens känslor av att bli iakttaga och inverkan av FP på familjen.</p>	11
<p><b>Författare:</b> Walker <b>År:</b> 2013 <b>Land:</b> Storbritannien</p>	<p>Emergency care staff experience of lay presence during cardiopulmonary resuscitation: a phenomenon</p>	<p>“To explore the lived experience of lay presence during an adult CPR attempt in primary and secondary environments of care”.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med 8 ambulanssjuksköterskor och 12 allmänsjuksköterskor. Kvalitativ med deskriptiv ansats.</p>	<p>Både fördelar och oro hos sjuksköterskor som erfarit att närstående närvarat under HLR. Vana av att arbeta med närstående i rummet, praktisk erfarenhet, självförtroende var viktiga aspekter för närståendes upplevelse av HLR.</p>	12

	ological study				
--	-------------------	--	--	--	--

<p><b>Författare:</b> Axelsson et al <b>År:</b> 2010 <b>Land:</b> Sverige</p>	<p>European cardiovascular nurses' experience of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room</p>	<p>“To investigate cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards the presence of family members during resuscitation of adult patients”.</p>	<p>Frågeformulär delades ut under 4 st europeiska konferenser. Kvalitativ deskriptiv statistik med 411 deltagande sjuksköterskor.</p>	<p>Mindre än hälften av deltagarna hade erfart WFR. Erfarenhet av att ha upplevt det gjorde dem mer positiva till det och påverkade deras attityd till det positiva. Få hade protokoll att följa.</p>	<p>11</p>
<p><b>Författare:</b> Gunes et al <b>År:</b> 2009 <b>Land:</b> Turkiet</p>	<p>A study of Turkish Critical care nurses' perspectives regarding family-witnessed resuscitation</p>	<p>“ To determine the experiences and attitudes of Turkish critical care nurses concerning family presence during cardiopulmonary resuscitation”</p>	<p>135 intensivsjuksköterskor svarade på ett strukturerat frågeformulär . Kvantitativ studie med en deskriptiv ansats.</p>	<p>22.2% har erfart att närstående närvarat under HLR, 20 sjuksköterskor hade en eller flera negativa erfarenheter. Majoriteten höll inte med om att familjen skulle bli erbjudna att närvara under HLR. Oro och rädsla hos sjuksköterskorna att orsaka psykisk ohälsa hos de närstående.</p>	<p>13</p>
<p><b>Författare:</b> Larsson et al <b>År:</b>2013 <b>Land:</b> Sverige</p>	<p>Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest</p>	<p>“ To describe ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest“.</p>	<p>Kvalitativa semistrukturerade intervjuer med sju ambulanssjuksköterskor med deskriptiv ansats.</p>	<p>Tre viktiga faktorer identifierades; gemensam förberedelse, regelbunden träning och utbildning.</p>	<p>10</p>

<p><b>Författare:</b> James et al <b>År:</b> 2011 <b>Land:</b> Storbrittanien</p>	<p>Registered nurse and health care Chaplains experience of providing the family support person role during family witnessed resuscitation</p>	<p>” To ascertain the experience of registered nurse(RN’s) and Health Care Chaplains (HCC) in their provision of the family support person (FSP) role.”</p>	<p>Fenomenologisk, djupintervjuer med 7 deltagare. Kvalitativ.</p>	<p>Sju teman, bedömning, hantera val, placering av närstående, fortlöpande information, dödshantering, konflikter och stöd.</p>	<p>10</p>
---	--	---	--	---	-----------

### **Bilaga III**

Granskningsmall- inspirerad av Friberg

Finns det ett tydligt problem formulerat?

Finns det teoretiska utgångspunkter beskrivna?

Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden?

Är syftet klart formulerat?

Är metoden väl beskriven?

Är undersökningspersoner beskrivna?

Beskrivs dataanalysen?

Hänger metod och teoretiska utgångspunkter hop?

Svarar resultatet på syftet?

Har författarna tolkat studiens resultat?

Diskuteras resultatet kritiskt?

Förs etiska resonemang?

Finns det en metoddiskussion som diskuteras väl?

