



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

HJÄRT-LUNGRÄDDNING INFÖR NÄRSTÅENDES ÖGON

**Sjuksköterskans erfarenhet av och inställning
till HLR i närvaro av närstående**

Clara Matteusson & Mikaela Jonsson

Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	My Engström
Examinator:	Pether Jildenstål Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk)	Hjärt-lungräddning inför närståendes ögon: sjuksköterskans erfarenhet och inställning av HLR i närvaro av närstående
Titel (engelsk)	Cardiopulmonary resuscitation before families eyes: nurses experience and attitude regarding families presence during resuscitation
Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2016
Författare:	Clara Matteusson & Mikaela Jonsson
Handledare:	My Engström
Examinator:	Pether Jildenstål

Sammanfattning:

Bakgrund I Sverige inträffar varje år cirka 2600 hjärtstopp på sjukhus, varav cirka en tredjedel av de drabbade lever efter 30 dagar. Den viktigaste behandlingen vid hjärtstopp är att tidigt påbörja hjärt-lungräddning (HLR). Vid hjärtstopp inom sjukvården har sjuksköterskor en mycket viktig roll, då hen utför flera omfattande åtgärder som håller patienten vid liv. Forskning har visat att närstående kan uppleva det betydelsefullt att närvara vid HLR och utifrån familjecentrerad omvårdnad ska sjuksköterskan även ta hänsyn till deras betydelse och behov. **Syftet** med studien var att undersöka sjuksköterskans erfarenhet av och inställning till HLR i närvaro av närstående. **Metoden** var en litteraturöversikt som innefattade 15 artiklar, både kvalitativa och kvantitativa, som hittades i databaserna PubMed, Cinahl och Scopus. Dessa artiklar kvalitetsgranskades, analyserades och sammanställdes för att besvara syftet. **Resultatet** visade på att majoriteten av sjuksköterskor var emot att låta närstående närvara under HLR och att endast minoriteten hade erfarenhet av detta. Det framkom både positiva och negativa erfarenheter och inställningar, men sammanfattningsvis dominerade de negativa. Det framkom även att erfarenheter och inställningar kring faktorer som gjorde det möjligt för närstående att närvara. Dessa visade sig vara tidigare erfarenhet, att HLR-teamet skulle ta beslut, att en stödperson tog hand om de närstående, önskan om riktlinjer, att miljön hade betydelse och att de önskade regelbunden utbildning för att kunna hantera situationen på ett lämpligt sätt. **Slutsats** Negativ inställning anses bero på rädsla för att HLR-processen hindras samt emotionell påfrestning för både sjuksköterskor och närstående. Genom vissa förutsättningar kan attityden kring närståendes närvaro vid HLR tänkas bli mer positiv och familjecentrerad vård gynnas.

Nyckelord: HLR, sjuksköterska, närstående, erfarenhet, inställning

Innehållsförteckning

Inledning	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Bakgrund	1
Hjärtstopp	1
Förekomst	1
Orsaker	1
Vad närstående får bevittna vid hjärtstopp	2
Sjuksköterskans roll vid HLR.....	3
Sjuksköterskans upplevelser av HLR	3
Närstående	4
Familjecentrerad omvårdnad.....	4
Problemformulering	5
Syfte	6
Metod	6
Litteraturoversikt	6
Urval.....	6
Analysmetod	7
Etik	7
Resultat.....	7
För eller emot närvaro av närstående under HLR.....	7
Erfarenhet och inställningar kring närståendes närvaro vid HLR.....	8
Prevalens av erfarenhet angående HLR i närvaro av närstående.....	8
Varför ska närstående inte närvara?.....	8
Varför ska närstående närvara?	9
Erfarenheter och inställningar kring faktorer som möjliggör för närstående att närvara vid HLR	10
Diskussion.....	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion.....	14
Negativa erfarenheter och inställningar	14
Erfarenheter och inställningar kring faktorer som möjliggör för närstående att närvara vid HLR.....	15
Familjecentrerad vård.....	17
Implikationer i vården	17
Fortsatt forskning	18
Slutsats	18

Inledning

Tänk dig att du arbetar som sjuksköterska på en vårdavdelning då plötsligt det högljudda, entoniga larmet hörs i korridorerna. Du och ett flertal av avdelningens sjukvårdspersonal springer mot det angivna rummet och möter en man som ligger livlös i sängen. Din kollega kontrollerar om patienten andas och ropar ut: "Vi har ett hjärtstopp!", varefter du och teamet påbörjar hjärt-lungräddning. Vid sängkanten står patientens fru som varit och hälsat på patienten då han blivit förvirrad och till slut okontaktbar. Hon står nu och skriker efter sin man; "Vad händer? Vad gör ni med honom? Han får inte dö..."

Att som sjuksköterska hamna i en situation där närstående är närvarande under HLR kan troligtvis vara mycket komplext för sjuksköterskan, då den kan upplevas vara mycket dramatisk för både sjuksköterskan och familjen. Sjuksköterskan kan hamna i en livsavgörande situation där hen förväntas agera snabbt för att bidra med behandling för att rädda patientens liv, samtidigt som det förväntas att närstående även ska omhändertas. Beslut angående huruvida de närstående ska närvara eller inte och vilka konsekvenser detta kan få för både de närstående och för HLR-teamet kan då bli ytterligare en del av den redan kaotiska situationen. Sjuksköterskan behöver avgöra vem som gynnas av beslutet och ta hänsyn till både teamet, patienten och de närståendes behov. Att undersöka sjuksköterskans erfarenhet och inställning till att låta närstående närvara vid HLR kan öka kunskap och förståelse kring förhållningssätt och hur situationen kan hanteras.

Bakgrund

Hjärtstopp

Förekomst

Under 2015 rapporterades cirka 2600 hjärtstopp på sjukhus i Sverige, varav hälften skedde på vårdavdelningar utan intensivvård. Bland de som drabbades av ett hjärtstopp överlevde ungefär hälften, men endast en tredjedel levde fortfarande 30 dagar efter inträffat hjärtstopp (HLR-Rådet, 2016). En tiondel av västvärldens dödsfall anses bero på hjärtstopp (Jensen-Urstad & Linde, 2015). Tiden till dess att en person med hjärtstopp får behandling är väldigt dyrbar, för varje minut som går, från att ett hjärtstopp inträffat tills dess att personen får HLR, ökar risken för att personen inte överlever med 10 procent (HLR-rådet, 2016). På grund av den syrebrist som uppkommer kan kroniska skador uppstå efter bara fem minuter och efter 15 minuter innebär ett obehandlat hjärtstopp stor risk för att personen avlider (Björkman, Björkelund, Johansson & Wihlborg, 2012).

Orsaker

Hjärtstopp beror på rubbningar i hjärtats elektricitet (Jensen-Urstad & Linde, 2015) och rubbningar som sker i hjärtats kammare är ofta orsaken till ett hjärtstopp. Dessa rubbningar kallas kammararytmier, och de förändringar som till störst utsträckning orsakar hjärtstopp är kammarflimmer och kammartakykardi (Braunschweig, 2015). Kammartakykardi är hjärtrubbningar som uppstår vid snabb, onormal rytm i hjärtats kammare, medan kammarflimmer innebär att kaos i hjärtats elektricitet uppstår, som påverkar hjärtats muskulatur och leder till att cirkulationen upphör (Ericson & Ericson, 2012). Orsaker som kan leda till kammarflimmer och kammartakykardi är tillstånd som påverkar hjärtats struktur och funktion, exempel syrebrist, kroniska förändringar, hjärtmuskelsjukdomar och mutationer (Jensen-Urstad & Linde, 2015). Pulslös elektrisk aktivitet (PEA) är också ett tillstånd i hjärtat

som kan leda till hjärtstopp. PEA uppkommer när hjärtats förmåga att pumpa runt blodet i kroppen är kraftigt nedsatt, vilket slutligen resulterar i en otillräcklig cirkulation, med omätbar puls och blodtryck som följd. Viss långsam elektricitet i hjärtat kan dock ses (Ericson & Ericson, 2012). Om kammarflimmer eller kammartakykardi inte behandlas omgående kan asystoli (hjärtstillestånd) utvecklas (Jensen-Urstad & Linde, 2015). Enligt en studie av Huang, Chen, Ma, Chang, Lai och Lee (2002) framkom att PEA var den vanligaste inledande hjärtaktiviteten under hjärtstopp, medan asystoli var den näst vanligaste. Kammarflimmer och kammartakykardi var minst vanliga. Kopplingar mellan hjärtaktivitet och graden av överlevnad identifierades även, där de med PEA hade störst benägenhet att överleva (Huang et al., 2002).

Sjukdomar som kan leda till förändringar i hjärtat och som i sin tur kan orsaka hjärtstopp, är bland annat kranskärlsjukdomar. Dessa sjukdomar beror på förändringar i kranskärlen (så som åderförkalkning), och är den största orsaken till hjärtstopp (Jensen-Urstad & Linde, 2015). Hypertrof kardiomyopati innebär att den vänstra ventrikelns kammarvägg förtjockas vilket skapar hjärtproblem och är den främsta anledningen till hjärtstopp hos unga (Maron, 2002). Mutationer av genetisk art och medfödda hjärtfel kan även vara anledningar till att en person får hjärtstopp (Jensen-Urstad & Linde, 2015). Andra orsaker, förutom hjärtfel, kan exempelvis vara sjukdom i lungorna, trauma, läkemedelsöverdos eller självmordsförsök (HLR-rådet, 2015). Hjärtstopp är mer förekommande hos män än kvinnor, vilket anses bero på att kranskärlssjukdomar är vanligare hos män (Jensen-Urstad & Linde, 2015).

Vad närstående får bevittna vid hjärtstopp

Spearspoint (2008) menar att HLR är den viktigaste åtgärden vid hjärtstopp och att tidigt upptäcka ett hjärtstopp anses vara betydelsefullt för resultatet. Förloppet vid ett misstänkt hjärtstopp bör fortlöpa enligt dessa punkter:

- Vid misstänkt hjärtstopp bör assistans påkallas omgående.
- Kontroller som görs är: om patienten har fria luftvägar, om patienten har puls och om patienten är vid medvetande.
- Om hjärtstopp konstateras utförs hjärtkompressioner i en takt av 100 stycken per minut.
- Patientens syretillförsel stötts genom antingen inblåsningar via mun-mot mun-metoden eller med hjälp av ventilationsredskap.
- HLR består av intervaller av 30 hjärtkompressioner varvat av två inblåsningar och detta ska utföras fram tills patienten visar tecken på liv eller tills defibrillering utförs (Spearspoint, 2008).

En väsentlig del vid hjärtstopp är att utföra hjärtkompressioner och ventiler patienten och som nämnts tidigare är det viktigt att dessa åtgärder påbörjas omedelbart. Kompressioner och inblåsningar görs i syfte av att pumpa runt syrerikt blod i kroppen samt att säkerställa att hjärnan får syre, fram tills att andra åtgärder som stabiliserar cirkulationen utförs (Ericson & Ericson, 2012). En defibrillator kan genom en form av EKG identifiera arytmier för att sedan rekommendera en åtgärd, att exempelvis fortsätta med HLR eller att defibrillera. Defibrillering innebär att två elektroder placeras på två olika lokaliseringar på personens bröst (Spearspoint, 2008) och genom elektroderna ges sedan en strömstöt till hjärtat i förhoppning om att få tillbaka hjärtats normala elektriska aktivitet (HLR-rådet, 2016). Hjärtkompressioner och ventilation utförs i intervaller om två minuter, vartefter defibrillatorn åter analyserar hjärtats aktivitet (Spearspoint, 2008). Vid hjärtstopp kan läkemedlet adrenalin ges till patienten var tredje till femte minut i samband med HLR-repetitionerna. Adrenalin är ett läkemedel som ger effekt på hjärtats funktion genom att öka hjärtats sammandragningskraft,

öka hjärtfrekvensen samt vidga bronkerna i lungorna. HLR utförs systematiskt tills dess att patienten återfår puls eller medvetandet eller tills dess att beslut om att avsluta HLR tas (Ericson & Ericson, 2012). Faktorer som i Huang et al's,(2002) studie ansågs ha positiv effekt på resultatet av HLR var att det snabbt fastställdes att det rörde sig om hjärtstopp, att HLR påbörjades omgående och att akutteamet kunde infinna sig snabbt. Chanserna för överlevnad är större om hjärtstoppet är bevittnat, då personen kan få HLR snabbare (HLR-rådet, 2015).

Sjuksköterskans roll vid HLR

Det är ofta sjuksköterskan som upptäcker ett hjärtstopp på vårdavdelning vilket leder till att hens insatser är väldigt viktiga då hen påbörjar de livsuppehållande åtgärderna.

Sjuksköterskans uppgifter är bland annat att utföra hjärtkompressioner, inblåsningar, defibrillering samt kontrollera och vara uppdaterad på patientens vitala parametrar, men även att dokumentera, förse med utrustning samt ta hand om närstående (Jackson & Grugan, 2015). Finns det möjlighet bör även sjuksköterskan se till att patienten har en intravenös infart vid HLR, då denna ser till att läkemedel snabbt kan administreras. Det ingår i sjuksköterskans profession att ständigt vara uppdaterad på sin teoretiska och praktiska kunskap, därför är det viktigt att ständigt träna på HLR och ha tillgång till ny information om bland annat de hjälpmedel som finns (Björkman et al., 2012).

Sjuksköterskans upplevelser av HLR

I Sjöberg, Schönning och Salzmänn-Eriksons (2015) studie var sjuksköterskornas upplevelser av HLR varierande beroende på hur situationen såg ut, och olika faktorer ansågs leda till att situationer upplevdes som antingen organiserade eller som kaos. Tydligt ledarskap, kontinuerlig och tydlig kommunikation och begränsat antal personer som medverkade under HLR ansågs vara relaterat till situationer som upplevdes mer kontrollerade. Ett lågt antal vårdpersonal som medverkade under HLR kunde leda till stress hos sjuksköterskorna, medan för många kunde skapa oordning. Under HLR kunde sjuksköterskor uppleva ett adrenalinpåslag, som kunde, men inte nödvändigtvis behövde ha negativa konsekvenser (Sjöberg et al., 2015). Sjuksköterskor upplevde obehag då de exempelvis hörde att revben gick sönder under hjärtkompressioner eller när de blev utsatta för olika kroppsvätskor under HLR. Tillgång till bra utrustning och god kunskap om utrustningen kunde leda till minskad stress hos sjuksköterskor under HLR (Laws, 2001). Situationer som upplevdes kaosartade utlöste panikkänslor hos sjuksköterskor, då de förstod allvaret i situationen och var tvungna att handla omedelbart och instinktivt. Hjärtstopp som inträffade under natten upplevdes mer stressigt och kaosartat, då dessa kaosartade situationer påverkade sjuksköterskor genom att de fick svårare att hantera sina känslor, fick tunnelseende och svårt att bedöma tid (Sjöberg et al., 2015).

Enligt Laws (2001) studie ansågs det vara viktigt att tydliga ordinationer angående huruvida HLR skulle utföras eller inte fanns, med syftet att undvika ett ökat stresspåslag hos sjuksköterskan. Upplevelsen av att utföra HLR på äldre och svaga personer var väldigt emotionellt påfrestande och att inte ha möjlighet till avskildhet eller att kunna behandla patienten värdigt ansågs vara ett bekymmer. Vissa sjuksköterskor fick negativa upplevelser och kände sig otillräckliga i HLR-situationer, vilket kunde leda till exempelvis; sömnstörningar, likgiltighet och tankar kring hur de ska hantera situationen nästa gång (Laws, 2001). Faktorer som minskade stressen bland sjuksköterskor kunde vara att ha fått träna HLR vid tidigare tillfällen och det var en viktig del för att få upprepa och öva på sina färdigheter och kunskaper så de kände sig mer förberedda inför HLR. Efter en situation med HLR ansågs det vara betydelsefullt att prata om situationen för att kunna bearbeta händelsen (Sjöberg et al., 2015).

Närstående

Definitionen av närstående är en person som ingår i patientens sociala nätverk och står hen nära. Närstående behöver nödvändigtvis inte ingå i familjen, utan kan exempelvis vara en granne eller vän, men personen i fråga är någon som patienten anser sig ha en nära relation till (Benzein, Hagberg & Saveman, 2009). I Weslien, Nilstun, Lundqvist och Fridlunds (2005) studie upplevde närstående blandade känslor när patienten fick ett hjärtstopp och var i behov av akut vård och HLR. De känslor som närstående förknippade med HLR var exempelvis stress, chock och hopplöshet, medan de i vissa skeden av situationen kunde känna hopp och lättnad, exempelvis när de fick hjälp av personal. De upplevde även oro kring vilka skador patienten kunde få under HLR. Närstående uppskattade att patienten var i fokus, och ansåg att de förbisåg sig själva.

I Masa'Deh, Saifan, Timmons och Nairns (2014) studie framkom att närstående behövde uppmuntran, få känna anknytning till sin familjemedlem och behövde stöd i samband med HLR. Information var även viktigt för de närstående och fick de inte tillräckligt med information från personal, kunde de inte skapa en verklighetstrogen bild av situationens allvar. Detta kunde leda till att de självmant fick tolka situationen genom exempelvis monitorer och vårdpersonalens ansiktsuttryck. Denna erfarenhet var något som närstående i artikeln av Weslien et al. (2005) även upplevt. Masa'Deh et al. (2014) beskrev att närstående ansåg att det var naturligt att närvara under HLR, och trots att de visste att de inte kunde hjälpa till upplevde de sin närvaro som viktig. Religion ansågs vara en viktig del i hur de närstående upplevde situationen, vilket visade sig genom att de närstående genom den fann tröst och hopp. De närstående som närvarat under HLR upplevde att vårdpersonalen gjort allt för att rädda patienten, medan att inte få närvara kunde upplevas som att personalen dolde något. Närstående upplevde närvaro under HLR som en känsloladdad och pressad situation, och därför var det viktigt med stöd, framför allt från andra familjemedlemmar men även från vårdpersonal (Masa'Deh et al., 2014).

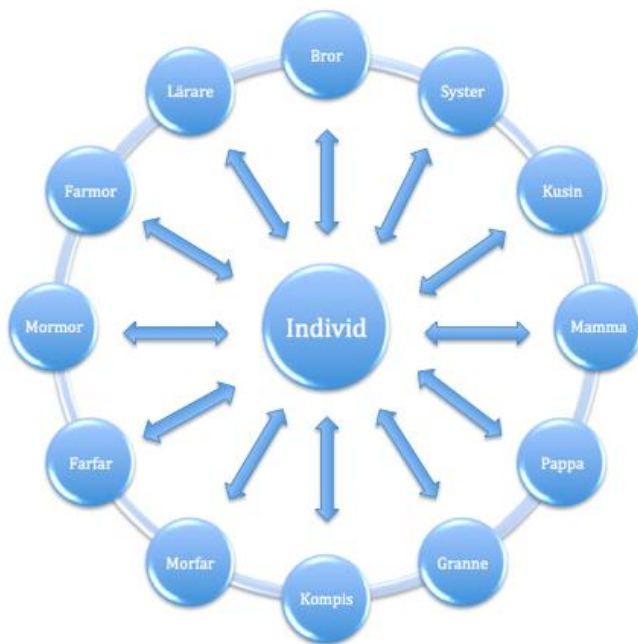
Familjecentrerad omvårdnad

Begreppet familj kan ha många definitioner och familjen kan innefatta flera individer som har en emotionell koppling till varandra. Det är upp till var och en att bestämma vilka personer som ingår i ens familj, det behöver nödvändigtvis inte vara personer som det finns en biologisk eller juridisk relation till (Benzein, Hagberg & Saveman, 2012).

Familj kan ses som en enhet där varje person som ingår utgör sin del och berör varandra, vilket kan ge både positiva och negativa konsekvenser. I ett vårdsammanhang kan detta uttrycka sig genom att familjen kan påverka hur patienten upplever hälsa eller ohälsa. Familjen kan bidra med att patienten får ett reducerat lidande eller ökad livskvalitet. Familjen är dock nödvändigtvis inte alltid en tillgång, då vissa familjerelationer inte nödvändigtvis är gynnsamma för patienten, exempelvis om våld i nära relationer förekommer. Familjecentrerad vård kan bidra med ökad delaktighet för familjen (Benzein et al., 2012).

I familjecentrerad omvårdnad anser Henneman och Cardin (2002) att familjen ses som en viktig del av patientens vård och fokus i den familjecentrerade vården ligger på att identifiera familjemedlemmarnas betydelse för patienten samt att se till familjens behov, vilket tydliggörs i figur 1. Familjecentrering utgår från patientcentrerad vård, där patientens önskemål och behov är fokus för vården, men innefattar en mer omfattande bild av patientens situation. Patienten bestämmer dock i vilken utsträckning fokus ska ligga på familj och huruvida de ska involveras. Bra bemötande inom familjecentrerad vård, leder till att familjen kan känna sig sedd, välkommen och viktig. Vetskapen om att patienten tillgodoses med

optimal vård är av stor vikt för närstående och kan vara ett argument för dem att närvara vid svåra vårdsituationer. Inom familjecentrerad vård är det viktigt att se till familjens behov och ge information som är anpassad efter behoven och kunna besvara frågor. En viktig del är även att finnas som stöd och att låta familjen vara nära sina närstående vid svåra situationer, då behovet av stöd ökar. Genom stöd från sjuksköterskan kan situationen bli mer hanterbar, men alla involverade yrkeskategorier kring en patients omvårdnad bör ha ett familjecentrerat synsätt. Detta har visats vara gynnsamt för alla parter, både för familj, patient och personal då ansvaret blivit mer jämnt fördelat. I vissa komplicerade fall kan ett familjecentrerat synsätt ändra fokus från att familjen ses som ett problem, till att se familjens behov och det gör att familjen kan bemötas på ett mer gynnsamt sätt (Henneman & Cardin, 2002).



Figur 1. Modifierad utifrån Benzein et al. (2009).

Problemformulering

Hjärtstopp kan vara en komplex situation för sjuksköterskan, då sjuksköterskans roll vid HLR är mycket viktig och omfattande. Hen utför åtgärder som håller patienten vid liv då omgående behandling är livsavgörande och dessa kan vara både tekniska, medicinska och administrativa. Sjuksköterskan ska även ta hänsyn till närståendes behov, vilket kan uppnås med ett familjecentrerat synsätt som innebär att hela familjens behov tillgodoses och genom att dem blir delaktiga i vården. Forskning har visat att närstående upplevt deras närvaro under HLR som betydelsefull och därför är det viktigt att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av och inställningar till att utföra HLR i närvaro av närstående. Ökad kunskap och förståelse kring sjuksköterskans erfarenheter och inställningar kan bidra till vetskap kring förhållningssätt och hur situationer där närstående medverkar kan hanteras.

Syfte

Att undersöka sjuksköterskans erfarenhet av och inställning till hjärt-lungräddning i närvaro av närstående.

Metod

Litteraturöversikt

Metoden som använts i aktuell studie är en litteraturöversikt, vilket enligt Friberg (2006) betyder att forskaren utgår från ett förutbestämt problemområde och med hjälp av en omfattande sökning och granskning av artiklar som belyser det nuvarande kunskapsläget inom området. I en litteraturöversikt är det nödvändigt att tillräckligt med forskning gjorts kring valt ämne, då ett område som är välbeforskat visar på att det har väckt stort engagemang (Friberg, 2006). Detta tyder den aktuella studien på då det ursprungliga syftet var att undersöka sjuksköterskans upplevelse av HLR, men då ämnet var otillräckligt beforskat fick istället ämnet HLR i närvaro av närstående undersökas. I aktuell studie ingick artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Inom kvalitativ forskning är förståelse för situationer i centrum (Friberg, 2006), medan kvantitativ forskning förser med beskrivande, jämförande data där samband kan urskiljas (Billhult & Gunnarsson, 2012). Utifrån syftet ansågs metoden vara relevant då det gav en bred bild av området.

Urval

De databaser som användes i studien var PubMed, Cinahl och Scopus. Utifrån databasernas ämnesområden ansågs de vara relevanta för studiens syfte och de genererade tillräckligt med relevanta artiklar, vilket resulterade i att sökningar i andra databaser uteslöts. De sökord som användes i studien var "cardiopulmonary resuscitation", "resuscitation", "family", "experience", "nurses", "emotion", "family presence" och "family-witnessed" (se bilaga 1). Medical subject headings (Svensk MeSH) och Cinahl Headings är sammanställningar av ämnesord som används i databaserna PubMed och Cinahl (Karlsson, 2012) och som användes som hjälpmedel för val av relevanta sökord.

Flera kombinationer av sökord prövades och kombinationen "cardiopulmonary resuscitation", "family" och "experience" gav flest relevanta träffar. Sökningen genererade dock inte tillräckligt med artiklar (endast 9 stycken), därför lades ytterligare sökord såsom "family-witnessed" och "family presence" till, då dessa frekvent förekom i framkomna sökningar. Att ändra sökord resulterade i ytterligare ett fåtal relevanta artiklar. Andelen relevanta abstrakt i jämförelse med få valda artiklar har således berott på att ett flertal dubletter uppkom. Ett problem som uppstod under studiens gång var att en av de valda artiklarna inte längre var tillgänglig då dataanalysen skulle påbörjas, vilket resulterade i att ytterligare en sökning i databasen Scopus gjordes för att undersöka artikelns tillgänglighet. Ur den sökningen framkom en ny relevant artikel som inkluderades i studien. I varje sökning granskades rubriker och abstrakt i de artiklar vars rubriker verkade stämma överens med studiens syfte. Om abstraktet var relevant för syftet, lästes, granskades och kvalitetsbedömdes hela artikeln. Slutligen inkluderades femton artiklar - nio kvantitativa, tre kvalitativa och tre med både kvantitativ och kvalitativ ansats.

De inklusionskriterier som ingick i studien var att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade, skrivna på engelska, publicerade efter år 2006 och finnas i fulltext samt att

patienterna var över 18 år. Artiklar som utgick från hjärtstopp som skedde på sjukhus inkluderades, då det ansågs vara relevant för studiens problemområde och syfte.

Analysmetod

De valda artiklarna granskades enligt Röda Korsets granskningsmall, som gjorde det möjligt att avgöra artiklarnas kvalitet (Röda Korsets högskola, 2005). Artiklarna varierade i kvalitet, men samtliga inkluderades i analysen, då de var relevanta för syfte och stämde överens med inklusionskriterierna. Underlaget från granskningsmallen gjorde det även möjligt att sammanfatta artiklarna utifrån titel, författare, land, tidskrift, år, syfte, metod och resultat och dessa sammanfattningar presenteras i bilaga 2.

Efter granskning av artiklarna lästes de igenom ytterligare en gång, och då identifierades och sammanfattades deras huvudfynd. Det gjordes sedan en översikt utifrån de sammanfattade resultaten för att kunna se återkommande resultat och teman. När teman urskiljts utfördes en mer grundlig granskning av artiklarna varefter fynd påvisades. Fynd jämfördes sedan för att urskilja likheter och skillnader mellan artiklarna. Det gjordes även skillnad på de artiklar som endast undersökt sjuksköterskor och de som undersökt en blandad population av sjukvårdspersonal.

Etik

Genom att studierna har granskats och undersökts angående etisk godkännande har forskningsetik tagits hänsyn till. Enligt Kjellström (2012) ska det framgå huruvida ett etiskt godkännande erhållits och i de artiklar där det inte framkom tydligt att etiskt godkännande förekommit, gjordes ytterligare sökningar angående etik på artiklarnas tidskrift eller den kommitté som ansetts ha gett godkännande. Det framkom att samtliga av den aktuella studiens artiklar var etiskt godkända. Deltagarna i samtliga artiklar deltog även på frivillig basis. I de allra flesta av de valda artiklarna utlovades deltagarna anonymitet, vilket enligt Kjellström (2012) innebär att forskarna inte har kännedom om deltagarnas identitet och att anonymiteten hanteras konfidentiellt. Det undersökta problemområdet kan ha väckt starka känslor hos sjuksköterskor men det framkom inte att deltagarna erbjöds någon form av samtalsstöd i samband med undersökningarna.

Resultat

Studien kan sammanfattas i tre huvudteman; *huruvida sjukvårdspersonal är för eller emot att låta närstående närvara under HLR, erfarenhet och inställning av detta samt erfarenheter och inställningar kring faktorer som möjliggör för närstående att närvara*. Under huvudtemat erfarenheter och inställningar presenteras subteman; *prevalens av sjuksköterskors erfarenhet, varför närstående inte ska närvara samt varför närstående ska närvara*.

För eller emot närvaro av närstående under HLR

Tabell 1. Andelen sjukvårdspersonal som var för och emot närstående närvaro under HLR.

Artikel	För	Emot
Güneş och Zaybak (2009).	10,4%	88,1%
Demir (2008).	9%	82,6%

Al-Mutair, Plummer och Copnell (2012).	6,7%	75,6%
Kianmehr, Mofidi, Rahmani och Shahin (2010).	26,6%	73,4%
Köberich, Kaltwasser, Rothaug och Albarran (2010).	28,3%	54,9%
Lederman och Watch (2014).	77%	19%
Fallis, McClement och Pereira (2008).	92%	•
Ganz och Yoffe (2012).	14%	69,9%
Bashayreh, Saifan, Batiha och Ruz (2013).	•	Majoriteten
Bashayreh, Saifan, Batiha, Timmons och Nairn (2015).	•	Majoriteten
Wacht, Dopleit, Snir och Davidovitch (2010).	•	Majoriteten

I tabell 1 presenteras de artiklar som procentuellt fördelat åsikter för och emot huruvida närstående ska närvara samt artiklar vars åsikter som majoriteten av deltagarna delade. Det framkom att majoriteten sjukvårdspersonal var emot att tillåta närståendes närvaro vid HLR (Güneş & Zaybak, 2009; Demir, 2008; Al-Mutair et al., 2012; Kianmehr et al., 2010; Köberich et al., 2010; Ganz & Yoffe, 2012; Bashayreh et al., 2013; Bashayreh et al., 2015; Wacht et al., 2010). I Lederman och Wacht (2014) och Fallis et al. (2008) var dock majoriteten av deltagarna positiva till att låta närstående närvara.

Erfarenhet och inställningar kring närståendes närvaro vid HLR

Prevalens av erfarenhet angående HLR i närvaro av närstående

Det var en minoritet av sjuksköterskor som hade erfarenhet av närvaro av närstående vid HLR, vilket de flesta studier har rapporterat (Güneş & Zaybak, 2009; Demir, 2008; Axelsson et al., 2010; Ganz & Yoffe, 2012; Sak-Dankosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist, 2015; Köberich et al., 2010). Al-Mutair et al. (2012), Kianmehr et al. (2010) och Madden och Condon (2007) visar dock på motsatsen, då majoriteten av sjuksköterskor hade erfarenhet av att närstående närvarat vid HLR. Det framkom även att det var vanligare att sjukvårdspersonal tillfrågats av närstående att få närvara, jämfört med hur vanligt det var att sjukvårdspersonal bjudit in närstående (Axelsson et al., 2010; Ganz & Yoffe, 2012; Sak-Dankosky et al., 2015; Köberich et al., 2010).

Varför ska närstående inte närvara?

Majoriteten av sjuksköterskor ansåg att närstående kunde få emotionella och psykiska men om de närvarade vid HLR (Güneş & Zaybak, 2009; Ganz & Yoffe, 2012; Axelsson et al., 2010; Köberich et al., 2010; Wacht et al., 2010; Bashayreh et al., 2015; Lederman & Wacht, 2014; Al-Mutair et al., 2012). Sjuksköterskor har upplevt att HLR kunde se känslolöst, brutalt och obehagligt ut för de närstående, då patienten exempelvis kunde vara blodig och revben kunde gå sönder. Dessa obehagliga situationer var känsloladdade för sjuksköterskan då de kände skam inför vad de närstående fått se och detta kunde skapa en nedstämdhet hos

sjuusköterskor som även begränsade deras möjlighet att stödja familjen (Monks & Flynn, 2014).

En rädsla hos sjukvårdspersonalen var att de närstående skulle bli våldsamma under HLR (Bashayreh et al., 2015; Köberich et al., 2010; Wacht et al., 2010), vilket även sjukvårdspersonal har erfarit (Lederman & Wacht, 2014; Bashayreh et al., 2015), då vissa anhöriga blivit högljudda och ifrågasatt personalens arbetsmetod under pågående HLR. Detta har skett i en studie från Jordanien där det framkom att människor kunde vara väldigt emotionella och därför hade större benägenhet att uttrycka starka känslor under kritiska situationer (Bashayreh et al., 2015). Att närstående uttryckt starka känslor under HLR har även framkommit i andra studier då sjukvårdspersonal har erfarit att närstående blivit stressade (Ganz & Yoffe, 2012; Köberich et al., 2010), hysteriska, svimmat, fått panikattacker, haft svårt att förtränga den traumatiska upplevelsen och att vissa närstående önskat i efterhand att de inte närvarat (Lederman & Wacht, 2014). Det framkom även i Demir (2008) att närstående svimmat och mått dåligt.

Sjuusköterskorna ansåg att HLR i närvaro av anhöriga ökade sjuusköterskornas stress, vilket i sin tur påverkade dem negativt (Bashayreh et al., 2015; Güneş & Zaybak, 2009; Kianmehr et al., 2010; Monks & Flynn, 2014). Det rapporterades även svårigheter för teamet att koncentrera sig (Güneş & Zaybak, 2009; Köberich et al., 2010; Ganz & Yoffe, 2012) och ha god kommunikation. (Lederman & Wacht, 2014; Bashayreh et al., 2015). Det framkom oro hos sjukvårdspersonalen kring att närstående skulle lägga sig i (Lederman & Wacht, 2014; Güneş & Zaybak, 2009; Ganz & Yoffe, 2012; Kianmehr et al., 2010; Köberich et al., 2010; Madden & Condon, 2007; Demir, 2008), börja argumentera och diskutera med personalen (Ganz & Yoffe, 2012; Güneş & Zaybak, 2009; Kianmehr et al., 2010; Axelsson et al., 2010; Köberich et al., 2010). Oro kring att rättstvister kunde uppstå om närstående närvarade under HLR var även något som majoriteten deltagare från olika studier upplevde (Güneş & Zaybak, 2009; Kianmehr et al., 2010; Ganz & Yoffe, 2012; Wacht et al., 2010).

Att missförstånd kunde uppstå mellan personal och närstående var en åsikt som flera delade (Güneş & Zaybak, 2009; Axelsson et al., 2010). I Ganz och Yoffe (2012) ansåg majoriteten sjuusköterskor att det fanns en risk att HLR-teamet (personerna som är med och utövar HLR) kunde uttrycka sig på sätt som närstående kunde tolka som förolämpande. Sjukvårdspersonal har även upplevt att familjer haft orealistiska förväntningar kring HLR-teamets förmåga (Lederman & Wacht, 2014) och att deras närvaro kunde fördröja HLR-processen (Axelsson et al., 2010; Kianmehr et al., 2010; Köberich et al., 2010). I Wacht et al.'s. (2010) studie upplevde sjukvårdspersonal oro över att familjen kunde få föreställningar om dem som oprofessionella. Sjuusköterskor blev besvärade över att bli iakttagna och kritiserade av närstående, vilket i sin tur gjorde dem osäkra, självkritiska och oroliga för att göra misstag vilket ledde till svårigheter att bevara ett professionellt lugn (Monks & Flynn, 2014). Även Bashayreh et al. (2015) belös rädslan kring att göra misstag. Att närståendes närvaro under HLR inte skulle vara gynnsamt för patienten var majoriteten av sjuusköterskor eniga om (Güneş & Zaybak, 2009; Ganz & Yoffe, 2012; Al-Mutair et al., 2012; Köberich et al., 2010). Det framkom även att sjuusköterskor ansåg att det kunde vara svårt att bevara patientens sekretess ifall närstående närvarade (Axelsson et al., 2010; Ganz & Yoffe, 2012; Köberich et al., 2010; Güneş & Zaybak, 2009).

Varför ska närstående närvara?

Det framkom att majoriteten av sjukvårdspersonal trodde att familjer ville vara nära patienten vid HLR, då det kunde vara den sista stunden de närstående delade med patienten (Lederman & Wacht, 2014; Monks & Flynn, 2014). Sjukvårdspersonal har upplevt att närvaro vid HLR

har främjat närståendes välbefinnande, då de har visat tacksamhet över att de fått närvara, haft lättare att acceptera situationen och fått ett avslut (Lederman & Wacht, 2014). Att låta familj närvara under HLR ansågs vara gynnsamt då det gav familjen möjlighet att ge sitt stöd till patienten. En sjuksköterska berättade att hen erbjudit en familjemedlem att vara nära patienten och sjuksköterskan ansåg att familjemedlemmen då känt anknytning och delaktighet i situationen (Monks & Flynn, 2014). Andra argument som syftade på delaktighet var att låta närstående närvara under HLR för att involvera dem i beslut (Güneş & Zaybak, 2009; Ganz & Yoffe, 2012; Köberich et al., 2010; Lederman & Wacht, 2014) och för att de kunde förmedla viktiga uppgifter om patienten (Lederman & Wacht, 2014). Att låta närstående närvara vid HLR ansågs även kunna underlätta de närståendes sorgprocess i de situationer då patienten avlidit (Monks & Flynn, 2014; Lederman & Wacht, 2014; Axelsson et al., 2010). En annan åsikt var att familjen skulle få se att allt gjordes för att kunna rädda patienten (Demir, 2008; Axelsson et al., 2010; Ganz & Yoffe, 2012; Köberich et al., 2010; Lederman & Wacht, 2014; Monks & Flynn, 2014).

Sjukvårdspersonal har upplevt att närståendes närvaro under HLR har stärkt deras professionalitet då de fått ett nytt perspektiv på patienten som en familjemedlem (Lederman & Wacht, 2014) och då deras närvaro skapat emotionellt lugn. Att utgå från de närståendes perspektiv ansågs kunna leda till att sjuksköterskor behandlade situationen på ett mer humanistisk, personligt sätt, vilket skapade empati och möjlighet för sjuksköterskor att kunna hantera de känslor som framkom vid HLR (Monks & Flynn, 2014). Även i Lederman & Wacht, (2014) framkom att ett humanistisk synsätt kunde skapa empati och uppmuntra sjukvårdspersonal till att prestera sitt yttersta. Sjuksköterskor ansåg att det skapades en koppling till familjen när de var med under HLR, och att denna anknytning underlättade för sjuksköterskorna att hantera situationen och gav dem tröst (Monks & Flynn, 2014). Att låta familjen närvara under HLR ansågs kunna påverka relationen mellan familjen och HLR-teamet positivt (Monks & Flynn, 2014; Lederman & Wacht, 2014), då bland annat mer tillit kunde skapas (Lederman & Wacht, 2014).

Sjukvårdspersonal har beskrivit att patienter kunde känna av att närstående närvarat under HLR, vilket exemplifierades då en patient som genomgått HLR ansåg att hen kommit ihåg stora delar av förloppet och att hens familjemedlem närvarat. Då det fanns chans att patienten kunde höra under pågående HLR ansåg sjukvårdspersonal att det kunde vara gynnsamt att låta familjen närvara, då det kunde förbättra sättet personalen pratade om patienten på (Lederman & Wacht, 2014). Sjukvårdspersonal upplevde att den familjecentrerade vården främjades om närstående var närvarande, då de upplevde att familjen fick vara mer delaktig (Lederman & Wacht, 2014). I studien av Ganz och Yoffe (2012) framkom det att sjuksköterskor som var mindre benägna att ha ett familjecentrerat förhållningssätt också var mindre angelägna att utföra HLR i närvaro av närstående.

Erfarenheter och inställningar kring faktorer som möjliggör för närstående att närvara vid HLR

Studier har visat på att sjukvårdspersonals erfarenhet av HLR i närvaro av närstående påverkade deras inställning till att låta dem närvara (Sak-Dankosky et al., 2015; Al-Mutair et al., 2012; Fallis et al., 2008). Tidigare negativa erfarenheter ansågs skapa negativ inställning, ökad rädsla för påföljder och större barriärer till att låta närstående närvara. Erfarenheter av positiv art ansågs ha omvänd, positiv effekt på dessa faktorer (Sak-Dankosky et al., 2015). I Al-Mutair et al. (2012) framkom det att sjuksköterskor som hade erfarenhet av att närstående

närvarat under HLR hade mer negativ inställning till det, jämfört med de som inte hade erfarenhet, medan i Fallis et al. (2008) hade de med erfarenhet mer positiv inställning.

Att beslut kring närståendes närvaro under HLR skulle tas gemensamt i HLR-teamet, var något som majoriteten av sjuksköterskor var eniga om för att kunna möjliggöra närståendes närvaro på ett gynnsamt sätt (Bashayreh et al., 2015; Güneş & Zaybak, 2009; Axelsson et al., 2010; Köberich et al., 2010). Det framkom att sådana beslut borde ha diskuterats och tagits i förväg i samråd med patienten och familjen (Lederman & Wacht, 2014), då beslut inte borde generaliseras utan utgå från varje individuell situation (Lederman & Wacht, 2014; Güneş & Zaybak, 2009; Axelsson et al., 2010; Köberich et al., 2010). Sjukvårdspersonal ansåg även att en specifik person skulle utses för att vara hos familjen och stödja dem under HLR-processen (Bashayreh et al., 2015; Axelsson et al., 2010; Köberich et al., 2010; Lederman & Wacht, 2014; Wacht et al., 2010; Bashayreh et al., 2013), då det visat sig att ett större lugn infunnit sig i de situationer där en stödperson tagit hand om de närstående som närvarat (Lederman & Wacht, 2014). Stödpersonen tordes fungera som en förbindelse mellan personal och familj och en sjuksköterska ansågs vara en lämplig stödperson då hen kunde stötta och informera närstående på ett adekvat sätt (Bashayreh et al., 2013). Det var av stor vikt att stödpersonen stannade hos familjen under hela HLR-processen (Bashayreh et al., 2013; Bashayreh et al., 2015), oavsett om familjen närvarade i rummet eller inte (Bashayreh et al., 2013). Ett hinder för att förse de närstående med en stödperson ansågs dock vara att det begränsade antalet personal på vårdavdelningarna inte tillät detta (Güneş & Zaybak, 2009; Axelsson et al., 2010; Lederman & Wacht, 2014).

Enligt majoriteten av deltagarna i flera artiklar fanns inga riktlinjer gällande att tillåta närstående närvara under HLR (Demir, 2008; Axelsson et al., 2010; Ganz & Yoffe, 2012; Sak-Dankosky et al., 2015; Köberich et al., 2010; Madden & Condon, 2007; Fallis et al., 2008; Bashayreh et al., 2013), detta var dock något som sjuksköterskor önskat (Madden & Condon, 2007; Al-Mutair et al., 2012). I Kanada finns ett ställningstagande som möjliggör för närstående att närvara vid HLR och det framkom att de sjuksköterskor som hade kännedom om ställningstagandet även var mer positiva till att låta närstående närvara (Fallis et al., 2008). Det framkom även att utbildning och praktisk träning kring familjens närvaro vid HLR var av betydelse, då det ansågs leda till att sjuksköterskor kunde arbeta mer obehindrat och bli mer förberedda (Bashayreh et al., 2013). Vidare ansåg sjuksköterskor att ökad förståelse kring scenarier där familj närvarar vid HLR kunde vara gynnsamt för både närstående och patient (Madden & Condon, 2007). Att miljön på avdelningen tillät utrymme för närstående ansågs även vara en förutsättning för att kunna bjuda in dem att närvara (Lederman & Wacht, 2014). Det har dock framkommit att rummen på vårdavdelningar ansågs vara för små (Axelsson et al., 2010; Ganz & Yoffe, 2012; Köberich et al., 2010). Slutligen framkom att en förutsättning för att låta närstående närvara vid HLR var att deras närvaro inte förhindrade teamets arbete (Lederman & Wacht, 2014).

Diskussion

Metoddiskussion

Denna studie är en litteraturöversikt där både kvantitativa och kvalitativa artiklar har granskats. Litteraturöversikt gör det möjligt att utifrån tidigare studier sammanställa forskningsläget i en viss fråga och genom kvalitativa artiklar kan erfarenheter undersökas (Friberg, 2006), medan kvantitativa artiklar gör det möjligt att mäta och jämföra data (Billhult & Gunnarsson, 2012). Det kan därför anses vara en styrka att använda sig av artiklar med

både kvantitativ och kvalitativ ansats och detta ansågs vara en lämplig design i aktuell studie då det gav ett brett, jämförbart resultat med data från flera olika kontexter och mer förklarande data från individers erfarenheter. Då kvalitativa resultat inte anses vara generaliserbara så som kvantitativa (Friberg, 2006) kan detta således ha påverkat studiens resultat, men generaliserbarheten anses dock kunna styrkas genom att även kvantitativa artiklar inkluderats.

Henricson (2012) anser att en studies validitet stärks om de artiklar som ingår i resultatet har likadan studiedesign. I studiens valda artiklar med kvantitativ ansats hade majoriteten av artiklarna liknande studiedesign - deskriptiv enkätdesign. Detta har underlättat dataanalysen då majoriteten av studierna använt liknande tillvägagångssätt och presenterat resultatet på liknande sätt. De kvalitativa artiklarna kunde dock inte sammanställas på samma sätt, då deras resultat skiljde sig åt mer och presenterades olika. En svårighet var även att sammanställa kvantitativa och kvalitativa data, då de kvalitativa resultaten var mer specifika och förklarande, än de kvantitativa som till stor del utgick från påståenden. Det framkom liknande teman i både de kvalitativa och kvantitativa artiklarna vilket gjorde en sammanställning möjlig, men det var svårt att göra adekvata jämförelser, vilket kan ha påverkat kvalitén.

Att termer valdes utifrån Cinahl Headings och Svensk MeSH genererade relevanta sökord som under sökprocessen kombinerades på olika sätt tills tillräckligt många artiklar som besvarade syftet hittades. Syftet ändrades under sökprocessen från att undersöka erfarenhet av att låta närstående närvara under HLR till att även undersöka inställningar, detta på grund av att majoriteten av framkomna artiklar valt att undersöka både erfarenheter och inställningar. En svaghet kan då anses vara att sökordet "inställning" inte användes i sökningarna. Detta menar Henricson (2012) genom att förklara att en litteraturstudie ska generera en omfattande sökning som kan ge större möjlighet till att hitta artiklar som är lämpliga för studien och därmed öka dess trovärdighet. För att undersöka om ytterligare relevanta studier kan ha förbisetts på grund av att "inställningar" inte använts som sökord gjordes en sökning i efterhand med sökorden "cardiopulmonary resuscitation", "family" och "attitudes" i databaserna Cinahl och PubMed. Då artiklar som redan använts i studien samt artiklar som inte var överensstämmande med inklusionskriterierna valts bort, framkom ytterligare en artikel som var relevant för studiens syfte. Tillvägagångssättet för hur artikeln som hittades i databasen Scopus söktes fram kan i efterhand gjorts annorlunda, då manuell sökning eller användning av booleska operatorer hade varit att föredra.

Majoriteten av de kvantitativa artiklarna har diskuterat validiteten kring valda mätinstrument, medan diskussion kring reliabilitet förekom i mindre utsträckning. Flera artiklar har gjort en pilottest av vald enkät vilket anses stärka dess trovärdighet. Samma enkät förekom i flera artiklar medan två av studiens femton artiklar hade konstruerat egna enkäter som inte hade validitet- eller reliabilitetstestat, vilket kan anses vara både positivt och negativt enligt Billhult och Gunnarsson (2012). De anser att det kan ha varit positivt då enkäterna kan ha anpassats för att få svar på den precisa frågeställningen, men att det finns risk att frågorna konstruerats på ett ofördelaktigt sätt som kan ha skapat svårigheter vid datainsamling och sammanställning av resultatet, samt att frågorna kan ha varit vinklade enligt författarnas synsätt (Billhult & Gunnarsson, 2012). Huruvida författarna i de kvalitativa artiklarna har diskuterat deras egen förförståelse varierade. I en studie av Bashayreh et al. (2013) förklarades exempelvis att studiens frågor var konstruerade utifrån tidigare kunskap och erfarenhet.

För att säkerställa och bedöma studie kvalitén på artiklarna har Röda Korsets granskningsmall använts. Mallen valdes då den innefattar många frågor med fokus på kvalitet och artikeln som

helhet och detta skapade en förståelse för artiklarnas studiedesign. Röda Korsets granskningsmall gör det möjligt att granska både kvalitativa och kvantitativa artiklar, vilket ansågs göra den lämplig för aktuell studie. Artiklarnas kvalitet bedömdes från låg, medel till hög kvalitet och en artikel bedömdes ha låg kvalitet, åtta medelkvalité och sex stycken hög kvalitet (se bilaga 2). Henricson (2012) påpekar att den kvalitet som artiklarna besitter kan ha effekt på den aktuella studiens tillförlitlighet. Alla artiklar inkluderades i studien trots varierad kvalitet då de ansågs vara relevanta för syftet och då artiklarna genererade liknande resultat oberoende av deras kvalitet. Artikeln som var av låg kvalitet granskades med ett kritiskt förhållningssätt utifrån medvetenhet kring att den kan ha påverkat resultatets trovärdighet. Enligt Henricson (2012) blir resultatet mer trovärdigt om exempelvis en handledare fått granska det, vilket en handledare har gjort i denna studie. Något som stärkte kvalitén i artiklarna var att bortfallet var beskrivet i majoriteten av valda artiklar, dock hade endast minoriteten av artiklarna en tydligt beskriven bortfallsanalys.

I sju av studiens femton resultatartiklar var populationen blandad, förutom sjuksköterskor var deltagarna bland annat läkare, socialarbetare och sjukhuspräster. I tre av artiklarna med blandad population presenterades resultatet utifrån varje profession, vilket gjorde att endast resultat som presenterades utifrån sjuksköterskor inkluderades, det vill säga att i majoriteten av studierna baserades resultatet utifrån sjuksköterskans perspektiv. Resterande fyra artiklar inkluderades då de var relevanta för syftet, då de var av god kvalitet och då majoriteten av deltagarna i de flesta studierna var sjuksköterskor. Dock var syftet med aktuell studie att undersöka sjuksköterskans erfarenhet och inställning, vilket ledde till att artiklarna med blandad population kan ha påverkat studiens resultat. Ytterligare en potentiell svaghet var att ett flertal av inkluderade artiklar studerat "critical care nurses", vilket direkt översatt till svenska innebär "intensivvårdssjuksköterskor". Då detta är en studie som ska beröra den grundutbildade sjuksköterskans arbete, kan det då vid första anblick ses som en svaghet att intensivvårdssjuksköterskor undersökts. Det framkom dock att "critical care nurses" var sjuksköterskor som även arbetade på akutmottagningar, medicin- och hjärtavdelningar och inte endast på intensivvårdsavdelningar. Akut-, medicin- och hjärtavdelningar är avdelningar som den grundutbildade sjuksköterskan kan arbeta på där hjärtstopp kan inträffa och därför ansågs dessa artiklar vara relevanta.

Studien är baserad på artiklar från många länder och kontexter, exempelvis Jordanien, Turkiet, Saudiarabien, Kanada, Irland och Sverige. I majoriteten av artiklarna har diskussion förts kring huruvida sjuksköterskors åsikter och erfarenheter angående närståendes närvaro vid HLR kan ha påverkats av kulturella och religiösa aspekter. Enligt Masa'Deh et al. (2014) var religion en viktig del för närstående då det påverkade deras upplevelse av HLR-situationen och gav dem tröst och hopp. Inkludering av studier från vitt skilda kulturer kan tänkas ha påverkat resultatet, då personer från olika kulturer kan ha olika sätt att uttrycka sig samt hantera kritiska situationer på. Detta exemplifierades i Bashayreh et al. (2015) då det framkom att människor från Jordanien ansågs vara benägna att uttrycka starka känslor under HLR. Att artiklar från olika kontexter använts, exempelvis både Mellanöstern och Skandinavien, kan dock även anses vara en styrka då vetenskap om kulturell och religiös påverkan kan ges användning för inom svensk vård och omsorg. Gebru och Willman (2003) menar att Sverige är ett mångkulturellt samhälle där kunskap behövs för att kunna ge god omvårdnad utifrån kulturella behov på individ-, familje- och gruppnivå. Detta styrks även i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) då alla ska ha rätt till vård på lika villkor. Därför är det viktigt att se till helheten och ta hänsyn till individuella, både patient och anhörigas behov.

Dataanalysen av artiklarna genomfördes genom att samtliga artiklar lästes ett flertal gånger, teman identifierades och resultat jämfördes för att på ett strukturerat sätt skapa en sammanställning. Enligt Henricson (2012) kan det vara gynnsamt att författarna granskar artiklarna ihop, då det kan ge en ökad trovärdighet. Artiklarna i denna studie delades initialt upp och granskade individuellt mellan författarna på grund av begränsad tid, men en gemensam diskussion fördes kring varje artikel för att skapa samstämmighet kring kvalitet. Att bedömning av kvalitén initialt gjordes individuellt kan ses som en svaghet. Senare genomfördes dock en mer djupgående analys där båda författarna var delaktiga i att sammanställa artiklarnas resultat och detta gav båda författarna en god bild av artiklarna och skapade samstämmighet kring både kvalitet och analys.

Det var första gången som författarna för denna studie skrivit en litteraturstudie. Resultatet kan ha sett annorlunda ut om mer erfarenhet och kunskap kring att skriva litteraturstudier funnits. Att studien var utförd under tidspress samt att syftet varit tvunget att ändras under studiens gång kan även ha påverkat resultatet.

Resultatdiskussion

Utifrån syftet som var att undersöka sjuksköterskans erfarenhet av och inställning till närståendes närvaro vid HLR framkom att majoriteten av sjukvårdspersonal var emot att låta närstående närvara. Resultatet visade på att negativa erfarenheter och inställningar kring att låta närstående närvara under HLR dominerade bland sjuksköterskor. Argumenten för att inte låta anhöriga närvara utgick från att det skulle påverka både HLR-teamet och familjen negativt samt att det inte var gynnsamt för patienten. Även argument för att låta närstående närvara framkom, men hade inte lika stort stöd som de som var emot närvaro av anhöriga. Andra övergripande resultat som framkom var att det krävdes gemensamt beslutstagande, stödperson, riktlinjer, utbildning och optimal miljö för att göra det möjligt att låta närstående närvara.

Negativa erfarenheter och inställningar

Jackson och Grugan (2015) förklarar att sjuksköterskan har en omfattande roll under HLR, som innefattar uppgifter kring både patientvård och att tillgodose de närståendes behov. Enligt Laws (2001) ansåg sjuksköterskor att det omfattande arbetet gjorde att dem inte kände sig tillräckliga för att kunna tillmötesgå alla parter behov. I resultatet framkom att sjuksköterskor ansåg att närståendes närvaro påverkade HLR-teamets arbete negativt då de bland annat kunde lägga sig i, börja argumentera med teamet eller vara fysiskt utåtagerande. Ytterligare framkom det att deras närvaro ansågs kunna störa teamets koncentration och kommunikation, påverka prestationen och förlänga HLR-processen. James, Cottle och Hodge (2011) hävdade att de närstående behövde hålla avstånd för att inte hindra teamets arbete. Annan forskning av Yim Wah, Vico Chung Lim och Wai To (2013) visade vidare på att sjuksköterskor ansåg att de ofta var så fokuserade på deras sysslor på avdelningen att det gjorde att de kunde hantera situationer känslolokalt och vara osympatiska och hänsynslösa mot familjer när deras närstående gått bort. Vidare förklarades att sjuksköterskornas rutinmässiga sätt att arbeta på gav sjuksköterskorna dåligt samvete för hur de betett sig mot närstående, gjorde att de kände sig otillräckliga, gjorde att de var missnöjda med sin prestation och ansågs ha negativ påverkan på vården (Yim Wah et al., 2013). Utifrån dessa fynd ansågs mycket fokus ligga på patienten och den negativa påverkan familjen kunde ha på HLR-processen, medan uppgiften att ta hand om de anhöriga prioriterades bort. Detta kan bero på det redan omfattande ansvaret sjuksköterskor besitter under HLR, vilket kan leda till att dem inte räcker till för att kunna bemöta närståendes behov. Enligt James et al. (2011) var det viktigaste att patienten prioriterades i första hand och att närståendes närvaro inte påverkade kvalitén av

HLR eller patientens säkerhet negativt. Utifrån denna bakgrund kan det då behövas andra förutsättningar och rutiner för att kunna tillgodose både patientens och närståendes behov och bemöta närstående på ett lämpligt sätt, oavsett om de närvarar under HLR eller inte.

Sjuksköterskor har upplevt HLR med kaos och panik (Sjöberg et al., 2015), de har upplevt ett obehag under proceduren (Laws, 2001) och att situationen kunde vara mycket emotionellt påfrestande (Sjöberg et al., 2015). Emotionella aspekter framkom även i resultatet i aktuell studie där erfarenheter av att ha närstående närvarande under HLR undersökts. Där framkom att känslor som ökad stress, oro, osäkerhet, självkritik, rädsla för att göra misstag och rädsla för att ses som oprofessionell upplevts, vilket tyder på att HLR är en känslomässig påfrestande situation för sjuksköterskan oavsett om närstående närvarar eller inte. Den redan känsloladdade situationen skulle kunna vara en anledning till att sjuksköterskor inte låter närstående närvara, i förhoppning om att reducera ytterligare press som närståendes närvaro kan ha på sjuksköterskan och HLR-teamet. Detta styrks genom Yim Wah et al.'s. (2013) artikel där sjuksköterskor förklarar att de upplevt starka känslor i samband med att patienter gått bort, vilket lett till att de medvetet undvikit familjen för att reducera tyngden av deras egna känslor. Sjuksköterskans känslomässiga involvering kan således ses som en barriär för att låta familjen närvara under HLR.

Närstående som närvarat vid HLR och tillfrågats hur de upplevt situationen ansåg att det varit en känsloladdad och pressad situation, då de bland annat varit i chocktillstånd, upplevt stress, oro och hopplöshet (Weslien et al., 2005). Resultatet visade på liknande reaktioner då sjuksköterskor har argumenterat för att det påverkat närstående emotionellt då det varit stressigt och obehagligt, då de mått dåligt och blivit våldsamma och att det var en anledning till att närstående inte borde närvara. Detta tyder på att det finns viss samstämmighet mellan vad närstående upplevt och sjuksköterskors erfarenheter och inställningar. Annan forskning förklarade att sjuksköterskor blivit illa berörda av hur närstående reagerat vid situationer där patienten plötsligt gått bort, då de bland annat blivit arga och lagt skuld på sjuksköterskorna (Yim Wah et al., 2013). Med bakgrund i detta kan situationer där patienter plötsligt dör vara mycket känslomässiga för de närstående och deras reaktioner kan antas vara en anledning till varför resultatet visade på att sjuksköterskor var negativa gentemot att låta närstående närvara under HLR.

En nämnvärd upptäckt var att trots att majoriteten sjuksköterskor var negativa mot att låta närstående närvara under HLR hade sjuksköterskor från ett flertal artiklar ingen erfarenhet av detta. Detta väcker frågor kring varför det förekommer mycket negativa inställningar trots att få hade erfarenhet. I Sak-Dankosky et al. (2015) framkom att de som haft positiva erfarenheter var mer positivt inställda (och tvärtom) och detta anses vara intressant då resultatet kan ha sett annorlunda ut om fler haft erfarenhet.

Erfarenheter och inställningar kring faktorer som möjliggör för närstående att närvara vid HLR

Utifrån studiens resultat har det framkommit positiva inställningar och erfarenheter kring att låta närstående närvara vid HLR och därför kan det anses vara viktigt att ta hänsyn till faktorer som kan möjliggöra för närståendes närvaro. Utifrån studiens resultat framkom bland annat att beslut angående om närstående skulle få närvara under HLR skulle tas gemensamt inom teamet och att dessa frågor borde tas upp med familjen i förväg samt att beslut borde tas utifrån varje individuell situation. Detta stämmer överens med fynd i James et al. (2011) där det framkom att närståendes närvaro borde diskuteras innan den akuta situationen och att beslut borde tas utifrån varje specifik situation. Detta kan även anses gynna ett familjecentrerat synsätt, då närstående blir mer delaktiga i patientens vård. Stöd och information ansågs vara centrala delar i familjecentrerad vård (Henneman & Cardin, 2002)

och kan anses vara förutsättningar för att patient och familj ska kunna ta gemensamma beslut. Utifrån detta kan det anses vara gynnsamt att ha tagit ett beslut tillsammans med familjen i förväg, då detta sedan kan ligga till grund för hur teamet hanterar den akuta situationen.

Henneman och Cardin (2002) och Masa'Deh et al. (2014) ansåg att närståendes behov av stöd ökade vid kritiska situationer. Dessa fynd var i samstämmighet med den aktuella studiens resultat där sjukvårdspersonal ansåg att en förutsättning för att kunna låta närstående närvara var att ge dem adekvat stöd genom en specifik stödperson. En sjuksköterska ansågs vara en lämplig stödperson då hen kunde förse med information, fungera som en länk till HLR-teamet och vara med familjen under hela HLR-processen. Även i de Etiska riktlinjerna för hjärt-lungräddning (u.å.) framkommer det vara gynnsamt att en person agerar stödperson för närstående under HLR och att denne ska förse med fortlöpande information. Fynden i resultatet styrks även i James et al's. (2011) artikel där det framkom att sjuksköterskor hade adekvat kunskap för att agera stödperson vid HLR, att det ansågs vara viktigt att de närstående försågs med information om förloppet, att stödpersonen kommunicerade med teamet åt de närstående och att det var av stor vikt att stödpersonen var närvarande under hela förloppet. Vidare framkom att stödpersonen hade en betydande uppgift i att förbereda de närstående på vad som kunde hända och att det fanns risk för dödlig utgång, samt förse med lämpligt stöd efter eventuell bortgång. En stödperson kan då tänkas främja familjecentrerad vård då det ger förutsättningar för att kunna tillgodose familjens behov och ge adekvat information. Utifrån denna bakgrund kan en förutsättning för att låta närstående närvara under HLR vara att förse dem med adekvat stöd. Det framkom dock i resultatet att personalbrist gjorde att detta inte tillämpades, och i James et al. (2011) framkom tidsbrist som ett hinder för att förse med lämpligt stöd. Detta tyder på att sjuksköterskan hindrades stödja närstående på grund av dessa faktorer. I James et al. (2011) agerade ofta sjukhuspräster stödperson under HLR, och detta kan tänkas vara en lämplig metod för att minska sjuksköterskans otillräcklighet i situationen men samtidigt förse närstående med det stöd de behöver.

Resultatet visade på att de flesta vårdinrättningarna inte hade några tydliga riktlinjer kring hur situationer då närstående ville närvarar skulle hanteras men att det var något som sjuksköterskor önskade. Fallis et al. (2008) visade på att medvetenhet kring riktlinjer skapade mer positiv erfarenhet av och inställning till närståendes närvaro. I Sverige finns riktlinjer som förordar att närstående ska få möjlighet att bestämma om de vill närvara vid HLR så länge deras närvaro inte påverkar patienten negativt (Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning, u.å.). Ur studiens resultat har det framkommit att det råder okunskap kring riktlinjer. Om sjuksköterskor i Sverige får ökad kunskap kring de befintliga riktlinjerna kan det anses skapa trygghet, då dessa kan ligga till grund för beslut kring huruvida närstående ska närvara eller inte. I resultatet framkom det även att sjuksköterskor velat ha utbildning och praktisk träning angående närståendes närvaro vid HLR. Detta stöds av Sjöberg et al's. (2015) studie, då utbildning och praktisk övning gjorde att sjuksköterskor upplevde sig mer förberedda inför HLR. Björkman et al. (2012) ansåg att det ingår i sjuksköterskans profession att vara uppdaterad på både praktisk och teoretisk kunskap. I Sverige finns det en utbildning som heter A-HLR vars syfte är låta sjukvårdspersonal träna på att utöva HLR minst en gång om året. A-HLR innefattar även teamträning med scenarioövningar (HLR-rådet, 2016). Om sjukvårdspersonal får träna på scenarier där närstående närvarar under HLR är det möjligt att de känner sig mer förberedda och säkra om en sådan situation skulle uppstå.

I studiens resultat framkom det att miljön var av stor betydelse för huruvida sjuksköterskor var villiga att låta närstående medverka under HLR eller inte. En rymlig miljö ansågs vara en förutsättning för att närstående skulle få närvara. Även Laws (2001) menade att miljön hade stor betydelse för hur situationen upplevdes och att bra utrustning och kunnighet kring

utrustningen kunde reducera känslor som stress hos sjuksköterskor. Även Citolino Filho, Santana Santos, Cassia Gengo e Silva och Souza Nogueira (2015) hänvisade till att bristfällig utrustning och dålig kännedom kring material också var faktorer i miljön som påverkade kvalitén av HLR, vilket tyder på att miljön har stor påverkan på sjuksköterskans arbete. Om förutsättningar i miljön finns för att främja god kvalitet av HLR samt göra det möjligt för närstående att vara med vid HLR kan det anses leda till fler positiva erfarenheter och inställningar.

Familjecentrerad vård

Inom familjecentrerad vård är sjuksköterskans fokus inte enbart på patienten utan även på närståendes behov, då hen ska förse dem med bland annat information och stöd (Henneman & Cardin, 2002). Utifrån aktuell studie framkom det att majoriteten sjuksköterskor var negativa till närståendes närvaro under HLR, dock visade Lederman och Wacht (2014) och Monks och Flynn (2014) på att sjukvårdspersonal trodde att närstående önskade närvara under HLR. Detta resultat har även Masa'Deh et al. (2014) beskrivit när närstående tillfrågades huruvida de önskade delta under HLR eller inte och det framkom att det var naturligt för dem att närvara och att de upplevde sin närvaro som viktig. Detta tyder på att det finns en viss samstämmighet kring sjuksköterskor och närstående angående att närstående önskar vara delaktiga vid HLR. Henneman och Cardin (2002) ansåg att ett familjecentrerat synsätt gjorde att familjen upplevde att de blev sedda, välkomna, viktiga och argument för att låta närstående närvara vid svåra vårdssituationer kunde vara vetskapen om att patienten fick optimal vård. Ur aktuell litteraturstudie framkom det att sjukvårdspersonal upplevt att den familjecentrerade vården samt familjens delaktighet främjades om närstående fått möjlighet att närvara vid HLR (Lederman & Wacht, 2014). Resultatet visar dock på att sjuksköterskors åsikter angående att låta närstående närvara under HLR inte var förenligt med ett familjecentrerat synsätt, då de till stor del var negativa och hade liten erfarenhet av detta. Resultatet visade även att det fanns ett samband mellan att de sjuksköterskor som var mindre benägna att ha ett familjecentrerat förhållningssätt också i mindre utsträckning var benägna att utföra HLR i närvaro av närstående (Ganz & Yoffe, 2012). Eftersom sjuksköterskor anses vara medvetna om närståendes vilja att få närvara under HLR och att familjecentrerad vård då främjas, kan det ifrågasättas varför det inte tillämpas i större utsträckning. Ur ett omvårdnadsperspektiv bör sjuksköterskor arbeta enligt ett familjecentrerat synsätt då det anses vara gynnsamt och främjar god omvårdnad för patienten (Henneman & Cardin, 2002) och därför kan ett familjecentrerat synsätt anses vara eftersträvansvärt för sjuksköterskan. Enligt McLaughlin, Melby och Coates (2013) kunde personalbrist, tidsbrist och brist på kunskap kring huruvida de kunde stödja och kommunicera med närstående vara de största faktorerna till att familjecentrerad vård inte tillämpades. Personal- och tidsbrist kan även vara ett problem i svensk sjukvård idag vilket bland annat kan leda till att kontakten med närstående inte prioriteras, vilket i sin tur försvårar en familjecentrerad omvårdnad. Genom att öka personalresurserna inom vården, kan anhörigas behov och resurser bättre tas tillvara på vilket gynnar den vård som utförs. Rätt förutsättningar för att bedriva familjecentrerad omvårdnad kan förmodligen leda till att sjuksköterskor blir mer benägna att låta närstående närvara under HLR om de så önskar och att en sjuksköterska också kan få rollen som stödperson när ett eventuellt hjärtstopp med påföljande HLR sker. Rätt förutsättningar, så som personalresurser, riktlinjer och kunskap inom ämnet framkom som viktiga faktorer i aktuell litteraturstudie, för att anhöriga ska få möjlighet att närvara vid HLR.

Implikationer i vården

Resultatet visade på att sjuksköterskor trodde att närstående ville närvara under HLR, men att deras negativa inställning ledde till att de sällan lät dem närvara. Den aktuella studien förser en översikt av vilka faktorer som skapat denna negativa inställning och redogör för vilka förmodade positiva och negativa konsekvenser närståendes närvaro kan ha på både HLR-team, närstående och patient. I sjuksköterskans arbete kan denna typ av kunskap ligga till grund för hur hen kan hantera en liknande situation. I resultatet framkom även att sjuksköterskor önskade riktlinjer, utbildning, en stödperson, optimal miljö och enighet kring beslutsfattande. Detta är faktorer som kan implementeras i vården för att på bästa sätt kunna hantera situationer där närstående närvarar vid HLR. Den översikt som ges samt de förutsättningar som presenteras kan vidare anses vara till hjälp vid utveckling av riktlinjer. Resultatet visade även att sjuksköterskor haft emotionella och negativa erfarenheter av att närstående närvarat vid HLR och enligt Laws (2001) kan det därför vara viktigt att sjuksköterskor får möjlighet till att bearbeta händelsen genom exempelvis debriefing inom personalgruppen. Vidare kan det anses vara lämpligt att även erbjuda stöd för närstående efter en situation vid HLR, då det framkommit att situationen kan vara mycket påfrestande.

Utifrån studiens resultat har det framkommit att sjukvårdspersonal ansågs att närståendes närvaro vid HLR haft viss positiv effekt på närstående då det bland annat kunde hjälpa dem i sin sorgprocess samt att de fick förståelse för att allt gjordes för deras familjemedlem. Därför kan troligtvis tillämpning av ett familjecentrerat synsätt, ökad kunskap och bättre förutsättningar leda till att sjuksköterskan får en ny inställning. Detta kan i sin tur leda till att fler närstående får möjlighet att närvara, att de positiva effekterna får mer utrymme samt att familjecentrerad vård främjas.

Fortsatt forskning

Då ämnet till stor del utforskats med kvantitativ metod, kan det vidare vara gynnsamt att göra fler kvalitativa studier inom ämnet, då det troligtvis kan ge djupare förståelse för hur sjuksköterskan upplever situationer där närstående närvarat vid HLR. Då det initiala syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskans upplevelse av att närvara vid HLR, men då detta ämne var otillräckligt utforskat och valdes bort, kan det tänkas vara ett ämne för fortsatt forskning. För att få en helhetsbild bör även ytterligare forskning kring hur närstående upplever HLR utföras. Sjuksköterskan och närståendes upplevelser av HLR kan antas ligga till grund för deras inställning till HLR i närvaro av närstående och därför kan troligtvis forskning kring båda parter upplevelser ge nya infallsvinklar angående HLR i närvaro av närstående.

Vidare forskning bör även göras angående huruvida sjuksköterskor har kunskap om och är medvetna kring riktlinjer angående om närstående ska närvara vid HLR och om dessa riktlinjer följs. Det kan även vara gynnsamt att genomföra interventionsstudier för att undersöka huruvida exempelvis riktlinjer, stödperson och utbildning påverkar sjuksköterskors erfarenhet och inställning till HLR i närvaro av närstående.

Slutsats

Denna litteraturstudie kan påvisa att majoriteten var emot att låta närstående närvara vid HLR och även att familjecentrerat synsätt endast tillämpades i liten utsträckning. Det finns en negativ inställning kring närståendes närvaro bland sjuksköterskor, vilket grundar sig på att

deras arbete hämmades samt att de påverkades emotionellt. Det fanns även rädsla över att familjen kunde reagera mot HLR teamet både fysiskt och emotionellt.

Dock framgår ur erfarenheterna hos en del av sjuksköterskorna att en ökad känsla av professionalism samt empati för den närstående var upplevelser som skapats där närstående tilläts närvara, vilket ger möjlighet till att familjecentrerad vård kan utföras.

Vidare krävs mer forskning kring ämnet, framförallt med fokus på närståendes upplevelse av att närvara vid HLR samt huruvida bättre förutsättningar påverkar sjuksköterskors erfarenhet och inställning.

Referenslista

- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., & Copnell, B. (2012). Family presence during resuscitation: a descriptive study of nurses' attitudes from two Saudi hospitals. *Nursing In Critical Care*, 17(2), 90-98. doi:10.1111/j.1478-5153.2011.00479.x
- Axelsson, A., Fridlund, B., Moons, P., Mårtensson, J., Reimer, W., Smith, K., & ... Norekvål, T. (2010). European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 9(1), 15-23. doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.10.001
- Bashayreh, I., Saifan, A., Batiha, A-M., & Ruz, M. E. A. (2013). Family Presence during CPR in Adult Critical Care Settings: Hearing the Voice of Jordanian Health Professionals. *Life Science Journal*, 10(4), 1738-1748.
- Bashayreh, I., Saifan, A., Batiha, A-M., Timmons, S., & Nairn, S. (2015). Health professionals' perceptions regarding family witnessed resuscitation in adult critical care settings. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(17/18), 2611-2619. doi:10.1111/jocn.12875
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2009). Familj och sociala relationer. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s. 67-85). Lund: Studentlitteratur.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2012). Varför ska familjen ses som en enhet?. I E. Benzein, M. Hagberg, & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 23-27). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s.139-149). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s.116-126). Lund: Studentlitteratur.
- Björkman, B. K., Johansson, A., & Wihlborg, J. (2012). Vård av patient med hjärtsjukdom i ambulans. I B. Fridlund, D. Malm. & J. Mårtensson (Red.), *Kardiologisk omvårdnad* (s. 19-40). Lund: Studentlitteratur.
- Braunschweig, F. (2015). Kammararytmier. I P. Insulander, M. Jensen-Urstad (Red.), *Arytmier - mekanismer, utredning och behandling* (s. 137-148). Lund: Studentlitteratur.
- Citolino Filho, C. M., Santana Santos, E., de Cassia Gengo e Silva, R., & de Souza Nogueira, L. (2015). Factors affecting the quality of cardiopulmonary resuscitation in inpatient units: perception of nurses. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 49(6), 907-913. doi:10.1590/S0080-623420150000600005
- Demir, F. (2008). Presence of patients' families during cardiopulmonary resuscitation:

physicians' and nurses' opinions. *Journal Of Advanced Nursing*, 63(4), 409-416. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04725.x

Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Fallis, W., McClement, S., & Pereira, A. (2008). Family presence during resuscitation: a survey of Canadian critical care nurses' practices and perceptions. *Dynamics*, 19(3), 22-28.

Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 105-114). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 115-124). Lund: Studentlitteratur.

Ganz, F. D., & Yoffe, F. (2012). Intensive care nurses' perspectives of family-centered care and their attitudes toward family presence during resuscitation. *Journal Of Cardiovascular Nursing*, 27(3), 220-227. doi:10.1097/JCN.0b013e31821888b4

Gebru, K., & Willman, A. (2003). A research-based didactic model for education to promote culturally competent nursing care in Sweden. *Journal Of Transcultural Nursing*, 14(1), 55-61.

Güneş, U., & Zaybak, A. (2009). A study of Turkish critical care nurses' perspectives regarding family-witnessed resuscitation. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(20), 2907-2915. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02826.x

Henneman, E., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 12-19.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 472-479). Lund: Studentlitteratur.

HLR-Rådet. (2015). *Fakta om HLR*. Hämtad 2016-10-11, från <http://www.hlr.nu/utbildning/fakta-om-hlr/>

HLR-Rådet. (2016). *A-HLR*. Hämtad 2016-11-15, från <http://www.hlr.nu/hlr/>

HLR-Rådet. (2016). *Fakta om hjärtstartare*. Hämtad 2016-10-11, från <http://www.hlr.nu/fakta-riktlinjer/om-hjartstartare/>

HLR-Rådet. (2016). *Kan jag drabbas?* Hämtad 2016-10-11, från <http://www.hlr.nu/fakta-riktlinjer/kan-jag-drabbas/>

HLR-Rådet. (2016). *Ny forskningsstudie kring Hjärt-lungräddning kan rädda fler liv*. Hämtad 2016-10-11, från <http://www.hlr.nu/ny-forskningsstudie-kring-hjart-lungraddning-kan-radda-fler-liv/>

HLR-Rådet. (2016). *Svenska hjärt-lungräddningsregistret: Årsrapport 2015*. Hämtad 2016-

10-11, från <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/Svenska-HLR-radet-HLR-registret-arsrapport-2015-1.pdf>

- HLR-Rådet. (2016). *Svenska hjärt-lungräddningsregistret: Årsrapport 2016*. Hämtad 2016-12-09, från <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/hjart-lungraddningsregistret-arsrapport-2016.pdf>
- Huang, C-H., Chen, W-J., Ma, M. H-M., Chang, W-T., Lai, C-L., & Lee, Y-T. (2002). Factors influencing the outcomes after in-hospital resuscitation in Taiwan. *Elsevier*, 2002(53), 265-270.
- Jackson, J., & Grugan, A. (2015). Code blue: do you know what to do?. *Nursing*, 45(5), 34-39. doi: 10.1097/01.NURSE.0000463651.10166.db
- James, J., Cottle, E., & Hodge, R. (2011). Registered nurse and health care chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(1), 19-26. doi:10.1016/j.iccn.2010.09.001
- Jensen-Urstad, M., & Linde, C. (2015). Plötslig hjärtdöd. I P. Insulander, M. Jensen-Urstad (Red.), *Arytmier - mekanismer, utredning och behandling* (s. 175-180). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 96-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kianmehr, N., Mofidi, M., Rahmani, H., & Shahin, Y. (2010). The attitudes of team members towards family presence during hospital-based CPR: a study based in the Muslim setting of four Iranian teaching hospitals. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, (40), 4-8. doi:10.4997/JRCPE.2010.102
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- 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. doi:10.1111/j.1478-5153.2010.00405.x
- Laws, T. (2001). Examining critical care nurses' critical incident stress after in hospital cardiopulmonary resuscitation (CPR). *Australian Critical Care*, 14(2), 76-81. doi:10.1016/S1036-7314(01)80010-2
- Lederman, Z., & Wacht, O. (2014). Family Presence During Resuscitation: Attitudes of Yale-New Haven Hospital Staff. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 2014(87), 63-72.
- Madden, E., & Condon, C. (2007). Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during CPR. *Journal Of Emergency Nursing*, 33(5), 433-440. doi:10.1016/j.jen.2007.06.024
- Maron, B. J. (2002). Hypertrophic cardiomyopathy: a systematic review. *Jama*, 287(10),

1308-1320. doi:10.1001/jama.287.10.1308

- Masa'Deh, R., Saifan, A., Timmons, S., & Nairns, S. (2014). Families' stressors and needs at time of cardio-pulmonary resuscitation: a Jordanian perspective. *Global Journal of Health Science*, 6(2), 72-85. doi:10.5539/gjhs.v6n2p72
- McLaughlin, K., Melby, V., & Coates, V. (2013). Family-centred care during resuscitation events. *Emergency Nurse*, 21(3), 28-34.
- Monks, J., & Flynn, M. (2014). Care, compassion and competence in critical care: A qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitation. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(6), 353-359. doi:10.1016/j.iccn.2014.04.006
- Röda Korsets högskola, CF, ÅK. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 2016-10-20, från <https://gul.gu.se/courseId/75166/node.do?id=33461680&ts=1462779884876&u=-644839361>
- Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2015). Factors associated with experiences and attitudes of healthcare professionals towards family-witnessed resuscitation: a cross-sectional study. *Journal Of Advanced Nursing*, 71(11), 2595-2608. doi:10.1111/jan.12736
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sjöberg, F., Schönning, E., & Salzmänn-Erikson, M. (2015). Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(17/18), 2522-2528. doi:10.1111/jocn.12844
- Spearspoint, K. (2008). Resuscitating patients who have a cardiac arrest in hospital. *Nursing Standard*, 23(14), 48-58.
- Svenska läkaresällskapet, svensk sjukhusförening & Svenska rådet för hjärt-lungräddning (u.å). *Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR)*. Hämtad 2016-11-16, <http://www.sls.se/Global/etik/riktlinjer20maj.pdf>
- Wacht, O., Dopelt, K., Snir, Y., & Davidovitch, N. (2010). Attitudes of Emergency Department Staff toward Family Presence during Resuscitation. *The Israel Medical Association Journal*, 12, 366-370.
- Weslien, M., Nilstun, T., Lundqvist, A., & Fridlund, B. (2005). When the unreal becomes real: family members' experiences of cardiac arrest. *Nursing In Critical Care*, 10(1), 15-22.
- Yim Wah, M., Vico Chung Lim, C., & Wai To, C. (2013). Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *International Journal Of Palliative Nursing*, 19(9), 423-431.

Bilaga 1

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
10/10-16 Cinahl	“cardiopulmonary resuscitation” AND “family” AND “experience”	2006-2016 Peer reviewed Research article	40	12	10	4
10/10-16 PubMed	“cardiopulmonary resuscitation” AND “family” AND “experience”	10 years	66	10	9	5
10/10-16 Cinahl	“resuscitation” AND “family” AND “nurses” AND “emotion”	2006-2016 Peer reviewed Research article	4	1	1	1
10/10-16 Cinahl	“family-witnessed” AND “resuscitation” AND “nurses”	2006-2016 Peer reviewed Research article	16	9	2	1
10/10-16 PubMed	“cardiopulmonary resuscitation” AND “nurse” AND “family presence”	10 years	43	14	3	2
10/10-16 Cinahl	“cardiopulmonary resuscitation” AND “family presence”	2006-2016 Peer reviewed Research article All adult	20	9	2	1

26/10 -16 Scopus	“family-witnessed” AND “resuscitation” AND “nurses”	2006-2016 Article	32	13	3	1
------------------------	--	--------------------------	----	----	---	---

Bilaga 2

Titel: Health professionals’ perceptions regarding family witnessed resuscitation in adult critical care settings.

Land/författare: Jordanien. Bashayreh, I., Saifan, A., Batiha, A-M., Timmons, S., & Nairin, A.

Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing.

Årtal: 2015.

Problem/syfte: Att få en djupare förståelse och uppfattning angående familjens närvaro vid HLR i Jordanien på en intensivvårdsavdelning för vuxna.

Metod: En kvalitativ design med semi-strukturerade intervjuer. I studien deltog totalt 31 stycken - både sjuksköterskor, läkare och övrig sjukvårdspersonal.

Resultat: Fem teman framkom ur denna studie: Ökad stress, rädsla för våld, rättstvister, att närstående lägger sig i under HLR samt psykologiska konsekvenser för närstående.

Kvalitet av studie: Medel.

Titel: Presence of patients’ families during cardiopulmonary resuscitation: physicians’ and nurses’ opinions.

Land/författare: Turkiet. Demir, F.

Tidsskrift: Journal of Advanced Nursing.

Årtal: 2008.

Problem/syfte: Att på intensivvårdsavdelningar och akutmottagning undersöka åsikter angående närståendes närvaro under HLR, bland sjuksköterskor och läkare.

Metod: Kvantitativ metod med deskriptiv enkätdesign. 62 läkare och 82 sjuksköterskor på akutmottagning, hjärtintensivavdelning och intensivvårdsavdelning besvarade en enkät angående åsikter om familjens närvaro vid HLR.

Resultat: Få deltagare var positiva emot närvaro av familj under HLR. Få deltagare hade erfarenhet av att låta familj närvara vid HLR, och de som hade erfarenhet av detta ansåg att det gav de närstående negativa konsekvenser.

Kvalitet av studie: Låg.

Titel: A study of Turkish critical care nurses’ perspectives regarding family-witnessed resuscitation.

Land/författare: Turkiet. Güneş, Ü., & Zaybak, A.

Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing.

Årtal: 2009.

Problem/syfte: Att undersöka erfarenheter och attityder hos turkiska intensivvårdssjuksköterskor angående att ha familjer närvarande vid HLR.

Metod: En kvantitativ deskriptiv enkätstudie. Strukturerade frågor angående sjuksköterskornas attityder kring närståendes närvaro under HLR. 135 sjuksköterskor med mer än 2 års erfarenhet deltog i studien.

Resultat: Majoriteten av deltagarna hade inte erfarenhet av närståendes närvaro vid HLR och utifrån attityder delades resultatet in under beslut, HLR-processen och påföljder av HLR.

Kvalitet av studie: Medel.

Titel: Intensive Care Nurses' Perspectives of Family-Centered Care and Their Attitudes Toward Family Presence During Resuscitation.

Land/författare: Israel. Ganz, F. D., & Yoffe, F.

Tidsskrift: Journal of Cardiovascular Nursing.

Årtal: 2012.

Problem/syfte: Att undersöka sjuksköterskors attityder angående familjecentrerad vård och närståendes närvaro vid HLR och om det finns ett samband mellan dessa.

Metod: Kvantitativ deskriptiv korrelationsstudie. 96 sjuksköterskor på hjärtavdelning, hjärtintensiv och intensivvårdsavdelning fick svara på en femdelad enkät.

Resultat: Resultatet delades in i vilken utsträckning familjecentrerad vård tillämpades och hinder för familjecentrerad vård, erfarenhet av att ha närstående närvarande under HLR och dess effekter samt samband mellan familjecentrerad vård och att låta närstående närvara under HLR.

Kvalitet av studie: Hög.

Titel: European cardiovascular nurses' experience of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room.

Land/författare: Sverige, England, Irland och Norge. Axelsson, Å., Fridlund, B., Moons, P., Mårtensson, J., Reimer, W., Smith, K., Strömberg, A., Thompson D., & Norekvål, T.

Tidsskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing.

Årtal: 2009.

Problem/syfte: Att undersöka hjärtsjuksköterskors erfarenheter och attityder om att ha närstående närvarande under HLR som är utfört på vuxna.

Metod: Kvantitativ enkätstudie. Enkäten besvarades av 411 hjärtsjuksköterskor från Irland, England, Sverige, Norge och några från övriga europeiska länder.

Resultat: Studien visade på ett samband mellan sjuksköterskors attityder till närståendes närvaro vid HLR och beslutsfattande, HLR-processen och påföljderna av HLR.

Kvalitet av studie: Hög.

Titel: Factors associated with experiences and attitudes of healthcare professionals towards family-witnessed resuscitation: a cross-sectional study.

Land/författare: Polen och Finland. Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T.

Tidsskrift: Journal of Advanced Nursing.

Årtal: 2015.

Problem/syfte: Att på akutmottagningar och intensivvårdsavdelningar för vuxna undersöka vilka faktorer som förknippas med sjukvårdspersonalens erfarenhet och attityder angående familjens närvaro vid HLR.

Metod: Kvantitativ, deskriptiv, korrelations- och tvärsnittsstudie. 390 läkare och sjuksköterskor besvarade en enkät gjord på akutmottagningar och intensivvårdsavdelningar i Finland och Polen.

Resultat: Resultatet delades in i: erfarenhet och faktorer som förknippas med erfarenhet av närståendes närvaro vid HLR och faktorer som förknippas med inställningar angående närståendes närvaro vid HLR.

Kvalitet av studie: Hög.

Titel: The attitudes of team members towards family presence during hospital-based CPR: a study based in the Muslim setting of four Iranian teaching hospitals.

Land/författare: Iran. Kianmehr, N., Mofidi, M., Rahmani, H., & Shahin, Y.

Tidsskrift: The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh.

Årtal: 2010.

Problem/syfte: Att skapa en översikt av team-medlemmars åsikter angående närståendes närvaro vid HLR i det muslimska samhället i Iran och jämföra detta med data från andra kulturer.

Metod: Kvantitativ studie. HLR-team (läkare och sjuksköterskor) som arbetade på akutmottagningar och intensivvårdsavdelningar fick svara på en enkät.

Resultat: I studien framkommer det att både sjuksköterskor och läkare hade mycket negativa åsikter kring närståendes närvaro vid HLR.

Kvalitet av studie: Medel.

Titel: Care, compassion and competence in critical care: A qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitation.

Land/författare: England. Monks, J., & Flynn, M.

Tidsskrift: Intensive and Critical Care Nursing.

Årtal: 2014.

Problem/syfte: Att ge en inblick i sjuksköterskans erfarenhet av att närstående är närvarande under HLR samt identifiera konsekvenser som kan uppstå.

Metod: Kvalitativ studie med fenomenologisk design utifrån semi-strukturerade intervjuer. Sex stycken intensivvårdssjuksköterskor som haft erfarenhet kring att närstående närvarat under HLR deltog i studien.

Resultat: Studien kom fram till tre teman: Utmanande för sjuksköterskans kompetens, anknytningen mellan sjuksköterskan, patienten och närstående samt att se situationen utifrån närståendes perspektiv.

Kvalitet av studie: Medel.

Titel: Family presence during resuscitation: a descriptive study of nurses' attitudes from two Saudi hospitals.

Land/författare: Saudiarabien. Al-Mutair, A., Plummer, V., & Copnel, B.

Tidsskrift: Nursing in Critical Care.

Årtal: 2012.

Problem/syfte: Att identifiera attityder hos sjuksköterskor angående närståendes närvaro under HLR.

Metod: Kvantitativ och deskriptiv enkätstudie. 132 sjuksköterskor från olika enheter svarade på frågor angående deras attityder om närståendes närvaro under HLR.

Resultat: Att majoriteten av sjuksköterskornas attityder var negativa angående närståendes närvaro under HLR.

Kvalitet av studie: Medel.

Titel: Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses.

Land/författare: Tyskland. Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O., & Albarran, J.

Tidsskrift: British Association of Critical Care Nurses.

Årtal: 2010.

Problem/syfte: Att undersöka attityder och erfarenheter angående närvaro av familj vid HLR hos tyska intensivvårdssjuksköterskor.

Metod: Kvantitativ och kvalitativ deskriptiv enkätstudie. 166 intensivvårdssjuksköterskor svarade på en enkät angående erfarenheter och attityder gentemot närvaro av familj under HLR, samt gav utrymme för deltagarna att framföra egna tankar kring ämnet.

Resultat: Resultatet delas upp i kvantitativ och kvalitativa resultat. Den kvantitativa delen delas upp i erfarenheter och attityder. Tre teman delades sedan upp utifrån attityder och dessa var: beslutsfattande, HLR-processen och utfall. I den kvalitativa delen framkom fyra teman:

individuellt beslutsfattande, stöd för familjemedlemmar, fysiska och våldsamma hot och att involvera familjen.

Kvalitet av studie: Hög.

Titel: Emergency Nurses' Current Practices and Understanding of Family Presence During CPR.

Land/författare: Irland. Madden, E., & Condon, C.

Tidsskrift: Journal of Emergency Nursing.

Årtal: 2007.

Problem/syfte: Att undersöka akutsjuksköterskors kunskap och förståelse kring närståendes närvaro vid HLR.

Metod: Kvantitativ och deskriptiv enkätstudie. 90 akutsjuksköterskor med minst sex månaders erfarenhet deltog i studien. Enkäten berörde erfarenhet, inställning och faktorer angående att tillåta närstående närvara vid HLR.

Resultat: Studien kom fram till tre teman: Sjuksköterskans kunskap om policys, sjuksköterskans inställning och erfarenhet kring närståendes närvaro vid HLR samt faktorer som ansågs kunna underlätta eller försvåra detta.

Kvalitet av studie: Medel.

Titel: Family Presence During Resuscitation: Attitudes of Yale-New Haven Hospital Staff.

Land/författare: USA. Lederman, Z., & Wacht, O.

Tidsskrift: Yale Journal of Biology and Medicine.

Årtal: 2014.

Problem/syfte: Att undersöka attityder angående närståendes närvaro vid HLR, hos sjukvårdspersonal på akutmottagningen på Yale-New Haven Hospital.

Metod: Kvantitativ och kvalitativ enkätstudie. 60 sjuksköterskor, 37 fakultetsmedlemmar, en socionom, en präst och en läkarassistent svarade på en enkät med flersvarsalternativ, påstående och öppna frågor angående åsikter och erfarenheter av familjs närvaro vid HLR.

Resultat: Resultatet delas upp utifrån enkätens öppna frågor som berör åsikter kring huruvida familj ska närvara vid HLR och varför, tankar kring huruvida familj vill närvara vid HLR och varför. Deltagarna fick även i fritext utveckla en av enkätens frågor eller påstående och dela egna erfarenheter utifrån närståendes närvaro vid HLR.

Kvalitet av studie: Hög.

Titel: Family Presence during CPR in Adult Critical Care Settings: Hearing in the Voice of Jordanian Health Professionals.

Land/författare: Jordanien. Bashayreh, I., Saifan, A., Batiha, A-M., & Ruz, M.

Tidsskrift: Life Science Journal.

Årtal: 2013.

Problem/syfte: Få djupare förståelse kring sjukvårdspersonals erfarenhet kring närståendes närvaro under HLR på vuxna.

Metod: Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Frågorna riktade sig till att ta reda på sjukvårdspersonalens attityder kring att närstående ska närvara under HLR. 31 personer deltog i studien och dessa var både läkare och sjuksköterskor som arbetade på akutmottagning och intensivvårdsenheten på två olika sjukhus i Jordanien.

Resultat: Det framkom två huvudteman som handlade om huruvida familjen ska få möjlighet att närvara under HLR, förslag och åtgärder. Utifrån dessa framkom sex underteman: åsikter kring om familjen ska närvara, beslutstagande, när familjen får komma in till akutrummet, egna preferenser, förslag och åtgärder.

Kvalitet av studie: Medel.

Titel: Family presence during resuscitation: A survey of Canadian critical care nurses' practices and perception.

Land/författare: Kanada. Fallis, W., McClement, S., & Pereira, A.

Tidsskrift: Journal of Nursing Scholarship.

Årtal: 2008.

Problem/syfte: Att undersöka kanadensiska intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet och uppfattning kring närståendes närvaro vid HLR, hur vanligt policy är, deras medvetenhet angående befintliga ställningstaganden samt att jämföra med en liknande studie från USA.

Metod: En kvantitativ, deskriptiv och jämförande studie. Enkäter angående riktlinjer, pågående arbete och erfarenheter besvarades av 450 intensivvårdssjuksköterskor.

Resultat: Resultatet delades in under olika rubriker: erfarenhet och uppfattning kring policys, förekomsten av policys samt intensivvårdssjuksköterskors medvetenheten kring befintliga ställningstagande angående närståendes närvaro vid HLR.

Kvalitet av studie: Hög.

Titel: Attitudes of Emergency Department Staff toward Family Presence during Resuscitation.

Land/författare: Israel. Wacht, O., Dopelt, K., Snir, Y., & Davidovitch, N.

Tidsskrift: The Israel Medical Association Journal.

Årtal: 2010.

Problem/syfte: Att på akutmottagning i Israel undersöka attityder angående närståendes närvaro vid HLR bland läkare och sjuksköterskor.

Metod: Kvantitativ och kvalitativ studie med delvis strukturerade intervjuer och enkäter. Fem sjuksköterskor, tre läkare och två socionomer intervjuades angående närståendes närvaro vid HLR. 43 läkare och 41 sjuksköterskor svarade på en enkät angående erfarenheter och åsikter angående närståendes närvaro vid HLR samt egen önskan om att få närvara.

Resultat: Resultatet delas upp i en kvalitativ och en kvantitativ del. I den kvalitativa delen var majoriteten av deltagarna negativa emot familjenärvaro vid HLR, både angående konsekvenser för sjukvårdspersonal och familj. I den kvantitativa delen undersöktes skillnader och samband angående olika variabler relaterat till olika aspekter av närståendes närvaro vid HLR.

Kvalitet av studie: Medel.