



**SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH
HÄLSA**

NÄRSTÅENDES UPPLEVELSER AV ATT NÄRVARA PÅ SJUKHUS UNDER ÅTERUPPLIVNINGSFÖRSÖK

En allmän litteraturöversikt

Sofia Jakobsson & Therese Trotzig

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Patricia Olaya-Contreras
Examinator:	Sepideh Olausson Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk)	Närståendes upplevelser av att närvara på sjukhus under återupplivningsförsök
Titel (engelsk)	Family members experiences of being present at the hospital during resuscitation
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Författare	Sofia Jakobsson & Therese Trotzig
Handledare:	Patricia Olaya-Contreras
Examinator:	Sepideh Olausson

Sammanfattning:

Bakgrund: Bevittnad återupplivning började tillämpas under 1980-talet och rekommenderas idag av åtskilliga organisationer. Trots vetenskapligt underbyggda rekommendationer är det vanligt att närstående inte tillåts bevittna återupplivningsförsök och sjukhus som tillämpar praxisen saknar ofta lokala riktlinjer. Inställningen hos hälso- och sjukvårdspersonal skiljer sig runt om i världen men framförda argument, positiva såväl som negativa är till stor del desamma. Rapporterade rädslor är dock oberättigade sett till befintlig forskning. *Syfte:* Att sammanställa befintlig forskning om närståendes upplevelser av att närvara på sjukhus under återupplivningsförsök av en vuxen patient. *Metod:* En strukturerad litteratursökning genomfördes i databaserna CINAHL, PsycINFO, PubMed och Scopus, följt av en sekundärsökning. Åtta artiklar identifierades och analyserades. Samtliga genomgick noggrann granskning, likheter och skillnader noterades och analysmaterial tematiserades. *Resultat:* Närstående hade ett stort behov av information och emotionellt stöd under pågående återupplivningsförsök. Majoriteten uttryckte en önskan att bevittna förloppet men flera antog att det inte var tillåtet. Det råder tvetydighet kring hur de närstående påverkas emotionellt. *Slutsatser:* En tilldelad stödperson till närstående är nödvändigt för att tillgodose deras behov av information och emotionellt stöd. Sjuksköterskan är i sin profession lämpad att inta den rollen.

Nyckelord: resuscitation, family presence, witnessed resuscitation, family presence during resuscitation, family witnessed resuscitation, family centered care

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Stödperson	1
Praxisens etablering.....	1
Avgörande för olika professioners syn på bevittnade återupplivningsförsök	2
Framförda argument	2
Sjuksköterskans profession.....	3
Omvårdnadsteori	3
Problemformulering.....	4
Syfte	4
Metod	4
Litteratursökning	4
Sökord.....	5
Databaser.....	6
Begränsningar	6
Inklusion- och exklusionskriterier	7
Val av artiklar	7
Sekundärsökning.....	7
Etik.....	9
Analys.....	9
Resultat.....	9
Behov av information	10
Behov av stödperson.....	10
Emotionell påverkan.....	11
Närståendes preferenser till att bevittna återupplivningsförsök	11
Närståendes syn på sin egen roll.....	12
Metoddiskussion.....	12
Resultatdiskussion.....	14
Behov av information	14
Behov av stödperson.....	15
Emotionell påverkan.....	16
Närståendes preferenser till att bevittna återupplivningsförsök	16
Slutsats	17
Kliniska implikationer.....	17

Referenslista 18

Bilaga 1 – Söktabell

Bilaga 2 – Artikelöversiktstabell

Inledning

På grund av obefogade rädslor och bristande kunskap är bevitnad återupplivning, trots vetenskapligt underbyggda rekommendationer, på många håll inte en etablerad praxis. För att på bästa sätt kunna stödja närstående, krävs kännedom om deras perspektiv, hur situationen kan upplevas och vilka stödbehov som förekommer.

Bakgrund

Bevitnad återupplivning blev enligt Bossaert et al. (2015) en accepterad praxis i flera länder under 1980-talet. Idag rekommenderar åtskilliga organisationer, nationella såväl som internationella, att närstående erbjuds närvara i det rum återupplivningsförsöket utförs, samt att en personal utses för att informera och stödja dem genom hela förloppet (Bossaert et al., 2015; Emergency Nurses Association, 2017; Morrison, Kierzek, Diekema, Sayre, Silvers, Idris & Mancini, 2010; Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening & Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2013; Fulbrook, Latour, Albarran, Graaf de, Lynch, Devictor & Norekvål, 2007).

Stödperson

De studier som förespråkar bevitnad återupplivning understryker samtidigt vikten av en utsedd stödperson för att tillgodose närståendes behov och undvika onödigt lidande (Porter, Grad, Dip, Cooper & Sellick, 2013; Sak-Dankosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist, 2013; Doolin, Quinn, Bryant, Lyons & Kleinpell, 2011; Meyers et al. i: Hodge & Marshall, 2009). Stödpersonens uppgift är att ge anpassad information till närstående (Hodge et al., 2009; Maclean et al. i: Porter et al., 2013; Sak-Dankosky et al., 2013; Doolin et al., 2011) samt stödja känslomässiga reaktioner (York i: Doolin et al., 2011). Hen är även ansvarig för att identifiera vilka närstående som är lämpliga att bjuda in och inte, samt vid behov eskortera dem ut ur rummet (Meyers et al. i: Hodge et al., 2009). Det finns i dagsläget inga riktlinjer gällande vilken profession som är bäst lämpad som stödperson (Eichhorn et al i: Hodge et al., 2009) men Hodge et al. (2009) understryker vikten av klinisk erfarenhet av hjärtlungräddning på sjukhus för att kunna ge adekvat information.

Praxisens etablering

Det vanligt att närstående inte tillåts bevittna återupplivningsförsök. I en amerikansk undersökning där 984 sjuksköterskor från Emergency Nurses Association tillfrågades, uppgav endast 45 procent att deras enhet tillämpade bevitnad återupplivning (MacLean et al. i: Hodge et al., 2009; Doolin et al., 2011). I Europa är siffrorna än lägre, 31 procent av Europas länder tillåter som regel närstående bevittna återupplivningsförsök, siffror som är nästintill oförändrade sedan tio år tillbaka (Bossaert et al., 2015).

Sjukhus generellt förefaller sakna egna lokala riktlinjer. Det gäller även de sjukhus som tillämpar praxisen. I MacLeans et al. studie (refererad i: Hodge et al., 2009; Doolin et al., 2011) uppgav 45 procent av deltagarna att deras enhet lät närstående bevittna återupplivningsförsök, men endast 5 procent, att de hade lokala riktlinjer.

Axelsson et al. (2010) undersökte erfarenheter och attityder gentemot bevitnad återupplivning hos sjuksköterskor som var verksamma inom hjärtsjukvård i Europa. Av de tillfrågade som arbetade i Sverige hade 48,1 procent erfarenhet av ett eller flera bevitnade återupplivningsförsök, 19,4 procent hade själva någon gång bjudit in närstående och 21,3 procent hade fått förfrågan från en familjemedlem. Dock var det endast 9,3 procent av sjuksköterskorna som upp gav att deras arbetsplats hade lokala riktlinjer.

Avgörande för olika professioners syn på bevitnade återupplivningsförsök

Vilken syn hälso- och sjukvårdspersonal har på bevitnad återupplivning skiljer sig stort världen över. Kultur och religion har visats vara påverkande faktorer. Likaså är hälso- och sjukvårdspersonalens kännedom om praxisen av betydelse. Exempelvis är motståndet betydligt starkare i Asien jämfört med i Europa, där konceptet är mer känt (Sak-Dankosky et al., 2013).

Flera studier indikerar att de som under längre tid praktiserat sitt yrke, är specialiserade inom akutmedicin eller tidigare låtit närstående bevitna återupplivningsförsök är mer villiga att inkludera dem (Sak-Dankosky et al., 2013; Doolin et al., 2011). Utbildningsprogram har visats främja en positiv inställningen till praxisen (Porter et al., 2013; Hodge et al., 2009). Det finns forskning som visar att negativa attityder hos sjuksköterskor övergår till positiva när de blir varse om relationen mellan patienten och dennes familj samt själv etablerat en relation med familjen (Doolin et al., 2011).

Framförda argument

Granskning av litteraturen visar att trots stora skillnader huruvida hälso- och sjukvårdspersonal är positivt eller negativt inställda till bevitnad återupplivning, är framförda argument från båda sidor till stor del desamma. Den av hälso- och sjukvårdspersonal mest frekvent rapporterade fördelen för närstående som bevitnar återupplivningsförsök, är att de får se hur allt görs för att rädda patienten. Andra nämnda fördelar är att det kan underlätta sorgearbetet, göra det lättare att acceptera medicinska beslut samt ge möjlighet att ta avsked (Sak-Dankosky et al., 2013). Samtliga argument har stöd i befintlig forskning. Familjemedlemmar som bevitnat återupplivningsförsök upplever en vidare inblick i vårdteamets insatser om att allting som kunnat göras, har gjorts (Hodge et al., 2009). Att som närstående få bevitna återupplivningsförsök bidrar till reducerad oro, ångest och osäkerhet (Hodge et al., 2009; Pasquale, Pasquale, Baga, Eid & Leske i: Porter et al., 2013). I de fall återupplivningsförsök inte lyckats, har närstående som bevitnat förloppet, visats ha enklare att hantera sorgearbetet (Hodge et al., 2009).

Ett vanligt argument mot bevitnad återupplivning är att närstående kan uppleva situationen traumatisk till följd av sinnesintryck i form av vad de ser, upplever och känner dofter av som i sin tur kan skapa traumatiska minnesbilder och förlänga sorgearbetet (Sak-Dankosky et al., 2013; Hodge et al., 2009). Dock föreligger inget vetenskapligt stöd för en sådan risk, tvärt om visar befintlig forskning att upplevelsen inte orsakar närstående trauma (Hodge et al., 2009; Doolin et al., 2011; Bossaert et al., 2015).

Argument har framförts av hälso- och sjukvårdspersonal att bevittnad återupplivning kan ha en positiv inverkan även på vårdteamet. Det kan göra det lättare för personalen att förklara händelseförloppet efter avslutad insats, stärka relationen mellan närstående och sjukvården samt främja en mer professionell atmosfär. Likaså har argument att närståendes närvaro kan göra det lättare för personalen att se personen bakom patienten, framförts (Sak-Dankosky et al., 2013). Befintlig forskning stödjer att sjuksköterskor upplever en ökad professionalism om närstående bevittnar återupplivningsförsök då en förståelse för patienten som människa skapas i högre utsträckning (Hodge et al., 2009)

Dock har även flera rädslor och potentiella risker rapporterats, som att närstående kan störa eller förhindra nödvändiga insatser och orsaka stress hos personalen relaterat till rädsla för stämning eller att uppfattas inkompetent (Sak-Dankosky et al., 2013; Hodge et al., 2009; Doolin et al., 2011). Sammanställning av befintlig forskning visar att närstående som bevittnat återupplivningsförsök inte gjort vårdteam obekväma, varken stört eller förhindrat nödvändiga insatser (Hodge et al., 2009; Doolin et al., 2011; Bossaert et al., 2015) och flera studier styrker att det inte finns fog för ett ökat antal stämningar mot vårdteamet i samband med livräddande insatser (Hodge et al., 2009; Doolin et al., 2011).

Sjuksköterskans profession

Varje patient har i enlighet med Patientlagen (SFS 2014:821) rätt till information om sitt hälsotillstånd och behandlingsmöjligheter (3 kap. § 1). I de fall patienten själv inte kan tillgodogöra sig informationen ska den istället ges till närstående såvitt inte sekretess eller tystnadsplikt motstrider (§ 4–5). Vidare ska närstående, om lämpligt, erbjudas medverka i vården så till vida det tillåts med respekt för sekretess och tystnadsplikt (5 kap, § 3).

Sjuksköterskans arbete ska i enlighet med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017) präglas av de professionella värdena; lyhördhet, integritet, trovärdighet, empati och respekt. Sjuksköterskan ska fortlöpande uppdatera sin kunskap utifrån aktuell forskning så att verksamheten förblir evidensbaserad.

Evidensbaserad vård är en av sjuksköterskans kärnkompetenser (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016) och hen ansvarar över framställningen av adekvata riktlinjer för god omvårdnad. Vidare ska sjuksköterskan vägleda och stödja sina medarbetar mot högre etisk medvetenhet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017).

Omvårdnadsteori

Familjefokuserad omvårdnad är ett paraplybegrepp som inkluderar *familjrelaterad*- och *familjecentrerad* omvårdnad, två förhållningssätt som beaktar hur individens upplevelse av hälsa och sjukdom påverkas av dennes familj (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017a).

Familjecentrerad omvårdnad utgår från ett systemiskt förhållningssätt (Benzein et al., 2017c), vilket innebär att familjen ses som en helhet där varje medlem utgör en del. En förändring hos en av delarna påverkar helheten och därmed samtliga delar (Benzein et al., 2017b). I *familjrelaterad* omvårdnad sätts antingen patienten eller närstående i centrum och de övriga utgör kontext (Benzein et al., 2017c).

Inom familjefokuserad omvårdnad definieras familj utifrån känslomässiga band mellan individer (Svensk sjuksköterskeförening, 2015). I aktuell studie används begreppen *familjemedlemmar* och *närstående* synonymt med varandra och definieras enligt Whalls (1986, s. 241) definition av familj: ”Familj är en självdefinierad grupp bestående av två eller fler individer vars förening kännetecknas av specifika villkor, som är eller inte är förbundna genom blodsband eller juridiskt, men som interagerar på ett sådant sätt att de själva anser sig vara en familj” [vår översättning].

Problemformulering

Det framgår tydligt i litteraturen att trots vetenskapligt underbyggda rekommendationer att erbjuda närstående bevittna återupplivningsförsök är det på många håll inte en etablerad praxis. Obefogade rädslor, ringa arbetserfarenhet och bristande kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal, är samtliga bidragande faktorer som förhindrar implementering av bevittnad återupplivning. Många sjuksköterskor innehar därmed inte, i enlighet med ICN:s etiska kod, uppdaterad kunskap utifrån aktuell forskning, vilket förhindrar evidensbaserad omvårdnad. En sammanställning av befintlig forskning kan göra informationen mer lättillgänglig.

Syfte

Syftet med aktuell litteraturöversikt är att sammanställa befintlig forskning om närståendes upplevelser av att närvara på sjukhus under återupplivningsförsök av en vuxen patient. Mer specifikt avser studien besvara följande:

- Hur påverkas närstående emotionellt av att bevittna återupplivningsförsök?
- Hur påverkas närstående emotionellt av att inte bevittna återupplivningsförsök?
- Vad har närstående som bevittnar återupplivningsförsök för behov?
- Vad har närstående som inte bevittnar återupplivningsförsök för behov?
- Vad är närståendes preferenser till att bevittna återupplivningsförsök?

Metod

Då många sjuksköterskor har sparsam kunskap kring närståendes upplevelse av att närvara på sjukhus under återupplivningsförsök av en vuxen patient är en sammanställning av befintlig forskning nödvändigt. En allmän litteraturöversikt har genomförts. Det innebär att en strukturerad insamling av befintliga data inom valt område har gjorts och utifrån det har en beskrivande översikt skapats (Friberg, 2017).

Litteratursökning

För att identifiera nyckelelement i den information som avsågs sammanställas användes SPIDER, ett sökverktyg designat specifikt för kvalitativa frågeställningar (Cooke, Smith & Booth, 2012), vilket illustreras i Tabell 1.

Tabell 1. Identifiering av nyckelelement enligt SPIDER (Cooke et al., 2012)

Sample	Närstående till vuxna patienter
Phenomenon of Interest	Närstående som närvarat på sjukhus under återupplivningsförsök
Design	Vetenskapliga artiklar, ej litteraturöversikter
Evaluation	Upplevelser, behov och preferenser
Research Type	Kvalitativ och kvantitativ

Sökord som svarade mot *Phenomenon of Interest* valdes. Resterande delar i SPIDER bildade litteraturöversiktens inklusion- och exklusionskriterier. Inga sökord motsvarande *sample* applicerades på grund av svårigheten att rikta åldersbegränsningen till enbart patienten. Sökord beträffande ålder riskerar att appliceras på de närstående istället för patienten och därmed ge missvisande träffresultat. Då befintlig forskning inom ämnet, vid den inledande sökningen, föreföll mycket begränsad inkluderades inte heller sökord motsvarande *evaluation* för att minska risken att gå miste om relevant litteratur.

Sökord

Utifrån SPIDER, den inledande litteratursökningen och granskning av Thesaurus samt ämnesordlistorna, Svensk Mesh och CINAHL headings, skrev författarna ner samtliga sökord som ansågs adekvata, vilka presenteras i Tabell 2. Sökord motsvarande sjukhus exkluderades då den inledande sökningen visade att få artiklar använde det som nyckelord. Därefter genomfördes sökningar med respektive sökord och tillhörande synonymer för att urskilja vilka som gav relevanta träffar.

Tabell 2. Identifierade sökord

Kolumn 1		Kolumn 2		Kolumn 3
<i>family</i>		<i>resuscitation</i>		<i>family witnessed</i>
OR <i>relative*</i>		OR <i>cardiopulmonary</i>		<i>resuscitation</i>
OR <i>family presence</i>		<i>resuscitation</i>		OR <i>FWR</i>
OR <i>FP</i>		OR <i>resuscitation,</i>		OR <i>family presence during</i>
OR <i>presence</i>	AND	<i>cardiopulmonary</i>	OR	<i>resuscitation</i>
OR <i>witnessed</i>		OR <i>CPR</i>		OR <i>FPDR</i>
OR <i>family centered care</i>		OR <i>code blue</i>		OR <i>witnessed resuscitation</i>
		OR <i>advanced cardiac life</i>		OR <i>WR</i>
		<i>support</i>		
		OR <i>heart arrest</i>		

En första sökning genomfördes i samtliga databaser med följande söksträng: ((*“family”* OR *“relative*”* OR *“family presence”* OR *“FP”* OR *“presence”* OR *“witnessed”* OR *“family centered care”*) AND (*“resuscitation”* OR *“cardiopulmonary resuscitation”* OR *“resuscitation, cardiopulmonary”* OR *“CPR”* OR *“code blue”* OR *“advanced cardiac life support”* OR *“heart arrest”*)) OR (*“family witnessed resuscitation”* OR *“FWR”* OR *“family presence during resuscitation”* OR *“FPDR”* OR *“witnessed resuscitation”* OR *“WR”*).

Sökningen var för bred, antalet träffar blev mellan 966 - 26 468 st. För att identifiera vilka sökord som inte genererade relevanta träffar genomfördes sökningar med ett ord i taget från kolumn 1 tillsammans med samtliga ord från kolumn 2. Exempelvis: (*“family”*) AND (*“resuscitation”* OR *“cardiopulmonary resuscitation”* OR *“resuscitation, cardiopulmonary”* OR *“CPR”* OR *“code blue”* OR *“advanced cardiac life support”* OR *“heart arrest”*).

De sökord som inte genererade relevanta träffar uteslöts. Processen genomfördes därefter omvänt med ett ord i taget från kolumn 2 tillsammans med de kvarvarande sökorden i kolumn 1. Därefter genomfördes sökningar med ett ord i taget enbart från kolumn 3.

Den slutgiltiga söksträngen blev: ((*“family presence” OR “family centered care”*) AND (*“resuscitation” OR “cardiopulmonary resuscitation” OR “resuscitation, cardiopulmonary” OR “CPR”*)) OR (*“family witnessed resuscitation” OR “family presence during resuscitation” OR “FPDR” OR “witnessed resuscitation”*).

Motivering till exkludering av resterande sökord presenteras i Tabell 3.

Tabell 3. Exkludering av sökord

Sökord	Orsak till exkludering
<i>FWR</i> <i>WR</i> <i>FP</i>	Ej kända förkortningar. I flera fall hade sökorden en annan betydelse än vad som avsågs. (FPDR är också en egenkonstruerad förkortning, dock mer känd och genererade relevanta träffar, varför den inte exkluderades).
<i>Advanced cardiac life support</i>	Genererade irrelevant resultat, framförallt om utförandet av hjärtlungräddning med obefintligt fokus på närståendes perspektiv
<i>Cardiac arrest</i>	Genererade irrelevant resultat med huvudsakligt fokus på hjärtstoppet som händelse och inte återupplivningen som åtgärd.
<i>Code blue</i>	Genererade få träffar, varav samtliga var irrelevanta.
<i>Family Relative Presence Witnessed</i>	Samtliga sökord är enskilda mycket breda, “family presence” svarade bättre mot syftet.

Databaser

Utifrån frågeställningen valdes databaserna CINAHL, PsycINFO, PubMed och Scopus. CINAHL och PubMed är fulltextdatabaser som innehåller vetenskapliga artiklar om medicin och omvårdnad. Scopus är en tvärvetenskaplig databas innehållande en stor variation av litteratur, däribland vetenskapliga artiklar om omvårdnad (Östlundh, 2017). PsycINFO är en referensdatabas för böcker, tidskrifter, avhandlingar med flera, inriktad på psykologi och beteendevetenskap (Karlsson, 2017).

Begränsningar

Peer reviewed användes som sökbegränsning i de databaser där det var möjligt för att minimera antalet träffar av ej vetenskaplig litteratur. En begränsning för publikationsdatum sattes på en tidsperiod av 15 år. Inledningsvis begränsades data till 10 år men då forskningen inom området förefaller mycket knapp var det nödvändigt att öka gränsen till 15 år. Ingen begränsning för studiedeltagarnas ålder applicerades av samma anledning som exkludering av motsvarande sökord.

Inklusion- och exklusionskriterier

I en allmän litteraturöversikt rekommenderar Friberg (2017) att enbart vetenskapliga artiklar används, varför det valdes som ett inklusionskriterium. Vidare var även empirisk studie ett kriterium då en litteraturöversikt inte kan stödjas på andra litteraturöversikter. Ett krav att patienten var 18 år eller äldre sattes med anledning att det kan råda stor skillnad mellan barn- och vuxensjukvård. Endast de studier där återupplivningsförsöken skett på sjukhus inkluderades eftersom det är stora resursskillnader på sjukhus och prehospitalt. Inklusion- och exklusionskriterier presenteras i Tabell 4.

Tabell 4. Inklusion- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Vetenskaplig artikel	–
Empirisk studie	Litteraturöversikt
Hjärtlungräddning på sjukhus	Hjärtlungräddning utanför sjukhus
Den som återupplivas är ≥ 18 år	Den som återupplivas är < 18 år
Undersöker närståendes upplevelser	Undersöker patienters eller hälso- och sjukvårdspersonals upplevelser
Publikationsspråk: engelska	Annat publikationsspråk än engelska som saknar översättning

Val av artiklar

När den slutgiltiga söksträngen var färdigställd genomförde författarna individuellt sökningen i de fyra databaserna. Abstrakt lästes i de artiklar vars titel var relevant för frågeställningarna och granskades på abstraktsnivå gentemot inklusions- och exklusionskriterier.

Först när samtliga relevanta abstrakt identifierats individuellt presenterades respektive utvalda artiklar för motparten. En sammanställning över antalet lika, respektive skilda artiklar genomfördes. I CINAHL, PsycINFO och PubMed hade båda författarna identifierat samma artiklar. Vid sökningen i Scopus identifierade första författaren nio artiklar och andra författaren sju av de nio. En diskussion fördes och ett gemensamt beslut togs att de resterande två var av relevans.

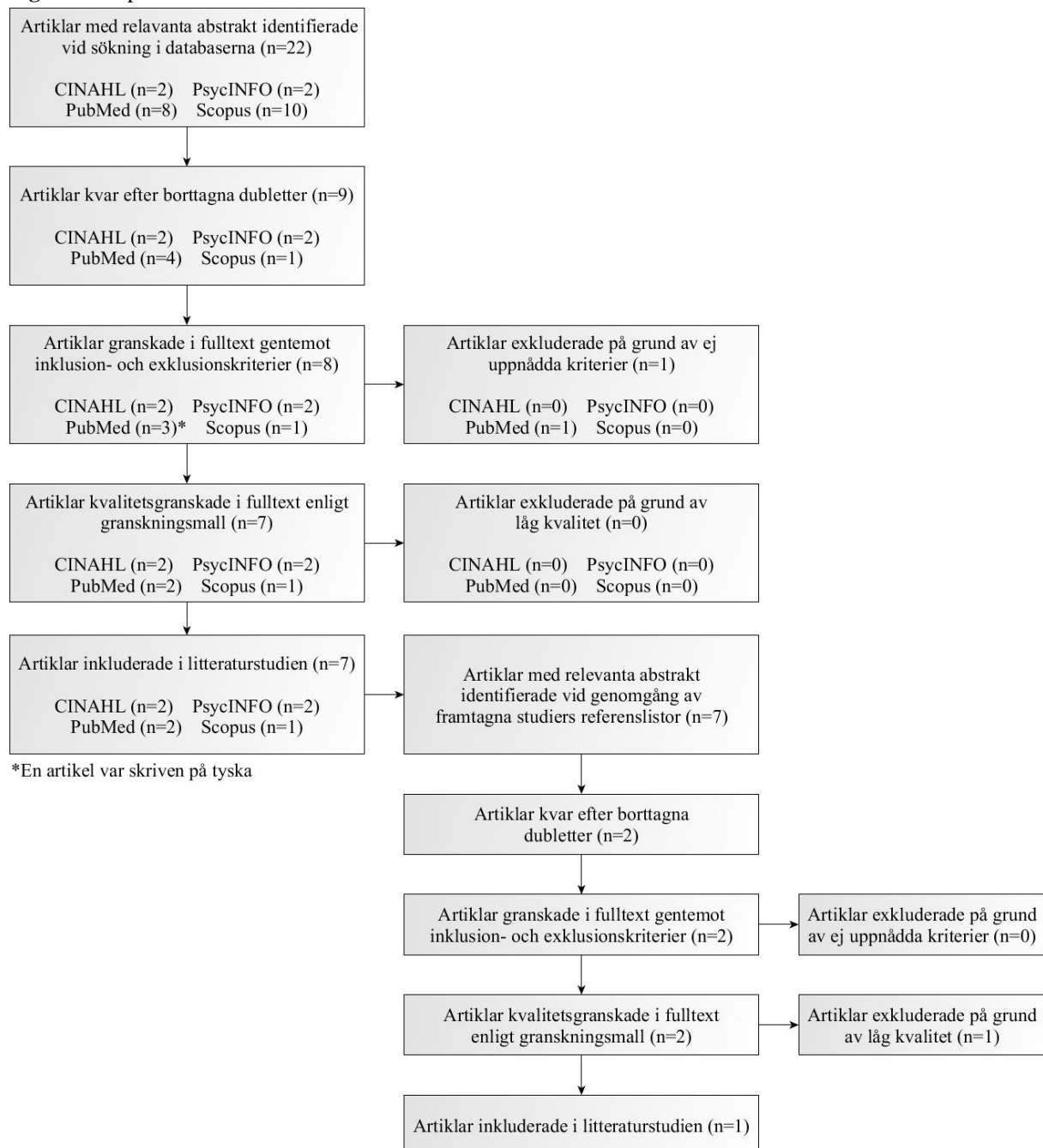
Efter exkludering av dubletter kvarstod nio artiklar. Åtta av dem granskades individuellt i fulltext gentemot inklusions- och exklusionskriterier, följt av en gemensam diskussion. Den nionde artikeln var publicerad på tyska med endast abstraktet tillgängligt på engelska, varför den exkluderades. Av de åtta kvarvarande, exkluderades en när det framkom att återupplivningen skett prehospitalt. Resterande sju kvalitetsgranskades, återigen individuellt, utifrån SBU:s (2014a; 2014b; 2014c) granskningsmallar med anpassning till artiklarnas skilda metoder. Ytterligare en diskussion fördes och ett gemensamt ställningstagande togs att samtliga artiklar var av godkänd kvalitet. De fyra sökningarna presenteras i bilaga 1.

Sekundärsökning

Eftersom aktuellt ämne, till författarnas kännedom är sparsamt beforskat kunde endast sju artiklar identifieras vid den egentliga informationssökningen. Därför genomfördes som ett

komplement, en sekundärsökning i form av granskning av samtliga framtagna artiklars referenslistor. Östlundh (2017) menar att metoden bör tillämpas för att inte gå miste om relevant material. Sju relevanta abstrakt identifierades, varav fem var dubletter av tidigare inkluderade artiklar. Granskning genomfördes enligt samma procedur som vid den egentliga informationssökningen. En av de två artiklarna exkluderades på grund av låg kvalitet. Summan av den egentliga informationssökningen och sekundärsökningen blev åtta artiklar. Hela sökprocessen illustreras i Figur 1.

Figur 1. Sökprocessen



Etik

Forskningsetik avser att förhindra oskäligt utnyttjande av människor i sökandet efter ny kunskap. Syftet är framförallt att värna om mänskliga värden och rättigheter, men det är även betydande för forskningens anseende (Kjellström, 2017).

Första steget i bedömningen av en studies etik är att undersöka om ämnet i sig är etiskt motiverat (Kjellström, 2017). Eftersom aktuell studie faller inom kategorin humanforskning, måste samtliga inkluderade studier vara till nytta för individen, samhället och/eller professionen (Kjellström, 2017). Samtliga inkluderade studier i aktuell litteraturöversikt är granskade och godkända enligt särskild etisk kommitté. Tydlig etisk motivering av forskningsfrågan presenteras. Resultatet kan huvudsakligen komma närliggande till gagn (individen) men även till viss del hälso- och sjukvårdspersonalen (professionen).

Informerat samtycke är en del i arbetet att skydda deltagarnas självbestämmande och frihet. För att kunna genomföra ett informerat samtycke måste de tillfrågade delges adekvat information samt inneha förmågan att tolka informationen och fatta ett beslut (Kjellström, 2017). I sex av åtta artiklar framgår processen för informerat samtycke tydligt (Holzhauser, Finucane & De Vries, 2006; Masa'Deh, Saifan, Timmons & Narin, 2013; Weslien, Nilstun, Lundqvist & Fridlund, 2006; Leske, McAndrew & Brasel, 2013; Pasquale, Pasquale, Baga, Eid & Leske, 2010; Leske, McAndrew, Brasel & Feetham, 2017). I de resterande två studierna var det underförstått, men det hade varit önskvärt om processen beskrivits mer utförligt (Compton, Levy, Griffin, Waselewsky, Mango & Zalenski, 2011; Hung & Pang, 2011).

Analys

För att systematiskt analysera framkomna data, och identifiera övergripande områden tillämpades Fribergs (2017) modell, som inkluderar följande steg:

- Noggrann genomgång av valda studier för att skapa en uppfattning av innehåll och sammanhang.
- Fortlöpande dokumentation i översiktstabell.
- Identifiering av likheter och skillnader mellan studierna.
- Sammanställning av analysmaterial i form av teman.

Författarna läste först igenom valda artiklar individuellt samt identifierade likheter och skillnader mellan studierna. Var för sig delade båda parter in sina fynd i teman. Författarna framförde sedan sina tolkningar, fynd och tematiseringar. En diskussion hölls och författarna enades om en gemensam tolkning som dokumenterades i särskild översiktstabell (bilaga 2) samt en gemensam tematisering som sedan utgjorde resultatet.

Resultat

Syftet med aktuell litteraturöversikt var att sammanställa befintlig forskning om närståendes upplevelser av att närvara på sjukhus under återupplivningsförsök av en vuxen patient. Därigenom avsåg studien besvara; hur närstående påverkas emotionellt av att bevittna alternativt inte bevittna återupplivningsförsök, vilka behov närstående har som bevittnar

alternativt inte bevittnar återupplivning, samt vilka preferenser närstående har till att bevittna återupplivningsförsök.

Genomförd litteratursökning resulterade i åtta empiriska studier, tre med kvalitativ ansats, fyra med kvantitativ ansats och en med mixad metod. Vid analys av data kunde fyra huvudteman identifieras. Det första berör behov av information. Det andra behandlar behov av stödperson. Det tredje inbegriper emotionell påverkan. Det fjärde och sista inkluderar närståendes preferenser till att bevittna återupplivningsförsök, med tillhörande subtema: närståendes syn på sin egen roll.

Behov av information

När och hur närstående informerades skilde sig åt beroende på om de bevittnade återupplivningsförsöket eller inte. Holzhauser et al. (2006) genomförde en randomiserad kontrollerad studie med semistrukturerade intervjuer för att undersöka hur närstående påverkas av att bevittna återupplivningsförsök på en akutmottagning samt deras syn på bevittnad återupplivning. Deltagarna som bevittnade återupplivningsförsöket uppgav att de informerades vid ankomst och efter avslutad insats, medan de som bevittnade, uppgav att de hade fått kontinuerlig information.

Masa'Deh et al. (2013) visade i en kvalitativ studie om närståendes behov under pågående återupplivningsförsök på sjukhus att närstående värderade högt att kontinuerligt informeras om situationen. I en kvalitativ studie av Hung et al. (2011) undersöktes närståendes erfarenheter av att inte bevittna ett lyckat återupplivningsförsök, samt deras preferenser till att bevittna återupplivningsförsök. Det framkom i studien att närståendes behov av kontinuerlig information var den tyngst vägande anledningen till önskan att bevittna återupplivningsförsöket. I de fall det inte var tillåtet, uppgav flera att det var enklare att hantera situationen om de hölls kontinuerligt uppdaterade om händelseförloppet (Hung et al., 2011).

Om närstående upplevde sig otillräckligt informerade, tog de till andra lösningar för att finna upplysningar. En del försökte tyda monitorerna som övervakade patientens tillstånd, medan andra försökte tolka personalens ansiktsuttryck. Några berättade hur de försökt avlyssna konversationer, att de stått vid ingången till traumarummet för att möjligen få en glimt av situationen när någon gick in eller ut och hur de hade frågat all personal som passerade. Det hände att närstående i desperation slutligen gick in i rummet trots förbud (Masa'Deh et al., 2013).

Behov av stödperson

Weslien et al. (2006) genomförde en kvalitativ studie för att undersöka närståendes erfarenheter och perspektiv av att bevittna återupplivningsförsök. Resultatet visade att närstående har ett stort behov av emotionellt stöd, vilket styrks av flera studier (Holzhauser et al., 2006; Hung et al., 2011; Masa'Deh et al., 2013). I studien av Hung et al. (2011) hade närstående som bevittnade återupplivning ingen tilldelad stödperson, men några uttryckte att det hade varit fördelaktigt. I studierna av Holzhauser et al. (2006) och Weslien et al. (2006) överlevde inte alla patienter och närstående hade en tilldelad stödperson. Deltagarna i

Holzhauser et al. (2006) uppskattade möjligheten att ställa frågor, få förklaringar samt det emotionella stödet. I Weslien et al. (2006) uppgav närstående att behovet av stöd var så stort att de inte hade kunnat hantera situationen utan stödpersonen. Masa'Deh et al. (2013) menar att närståendes förtroende gentemot personalen och hälso- och sjukvården generellt stärks när de får adekvat stöd.

Emotionell påverkan

Forskare är oeniga om hur närstående påverkas emotionellt av att bevittna återupplivningsförsök och hur de påverkas emotionellt av att inte bevittna återupplivningsförsök. Compton et al. (2011) undersökte i en kvantitativ studie närståendes symtom på PTSD och depression 30 och 60 dagar efter ett fruktlöst återupplivningsförsök. De i interventionsgruppen erbjöds bevittna återupplivningsförsöket och kontrollgruppen utgjordes av närstående som av olika skäl inte bevittnade. Inga signifikanta skillnader kunde identifieras mellan grupperna.

I två kvantitativa studier (Pasquale et al., 2010; Leske et al., 2017) där samtliga patienter överlevde, mättes närståendes upplevda nivåer av ångest och välbefinnande, 48 respektive 72 timmar efter händelsen. Leske et al. (2017) såg i sin studie signifikant mindre ångest och signifikant högre välbefinnande hos de närstående som bevittnat återupplivningen. I Pasquale et al. (2010) kunde inga signifikanta skillnader identifieras.

I undersökningen av Holzhauser et al. (2006) där samtliga patienter dog till följd av hjärtstoppet uppgav 96 procent i interventionsgruppen att bevittnandet av återupplivningsförsöket hade hjälpt dem acceptera den dödliga utgången. När samma fråga ställdes presumtivt till kontrollgruppen uppgav 71,2 procent att möjligheten att närvara skulle ha hjälpt dem att komma till ro med sin närståendes död.

Närståendes preferenser till att bevittna återupplivningsförsök

Litteraturen visar viss variation i närståendes preferenser till att bevittna återupplivningsförsök. Leske et al. (2013) genomförde en studie med mixad metod i syfte att beskriva närståendes erfarenheter av möjligheten att bevittna återupplivningsförsök efter trauma. Samtliga närstående i studien bevittnade återupplivningsförsöken och var nöjda med det. Majoriteten rekommenderade vården att ge andra samma möjlighet. Liknande resultat ses i Holzhauser et al. (2006) där 100 procent av de närstående som bevittnad återupplivningsförsöket var positiva till det och 67 procent av kontrollgruppen önskade att de hade bevittnat återupplivningsförsöket.

I studien av Hung et al. (2011) tilläts ingen av deltagarna att bevittna återupplivningsförsöket men majoriteten uttryckte en stark önskan att få göra det. De ville inte gå miste om sista chansen att ta farväl om utgången blev letal. Några uttryckte att det var deras skyldighet gentemot patienten att finnas där som stöd. Medverkande i studien av Masa'Deh et al. (2013) uttryckte även de, en stark önskan att vara med i rummet men kunde inte precisera varför, uppfattningar att det låg i människans natur uttrycktes.

Gemensamt för ett flertal studier var att närstående upplevde det betryggande att se hur personalen vidtog alla åtgärder för att rädda patienten (Holzhauser et al., 2006; Leske et al., 2013; Masa'Deh et al., 2013; Weslien et al., 2006). Några menade att misstro kan uppstå om närstående stängs ute (Masa'Deh et al., 2013). En deltagare uppgav att hennes önskan att närvara stärktes av bristande förtroende gentemot personalen (Hung et al., 2011).

Den positiva inställningen till deltagande var inte lika stark i Wesliens et al. (2006) studie. Ingen av deltagarna bjöds in att bevittna förloppet. Två personer tog själva initiativet och var nöjda med det. Resterande 15 befann sig i ett avskilt rum under återupplivningsförsöket och hade delade meningar. Individens förmåga att hantera situationen var för några avgörande, andra hade ingen bestämd åsikt. Anmärkningsvärt var dock att samtliga 15 som inte bevittnade förloppet förklarade hur de antagit att de inte var välkomna. Ett par närstående uppgav att de hade velat närvara om de förstått att det var tillåtet. Deltagarna i Hung et al. (2011) var rädda att vara till besvär och uttryckte liksom deltagarna i Weslien et al. (2006) det som underförstått att bevittnad återupplivning inte var tillåtet. I Holzhauser et al. (2006) var deltagarna i interventionsgruppen inbjudna att närvara men trots det uttryckte även de en rädsla att vara i vägen.

Närståendes syn på sin egen roll

En genomgående uppfattning bland närstående i flera studier var att de innehade en betydande roll. Som närstående kunde de delge personalen viktig information om patienten samt *vara och verka för* patienten under pågående återupplivningsförsök då patienten själv inte kunde värna om sin integritet (Hung et al., 2011; Leske et al., 2013; Weslien et al., 2006). Många menade även att de trots patientens medvetslöshet, med sin närvaro kunde ge denne emotionellt stöd och införliva trygghet (Holzhauser et al., 2006; Hung et al., 2011; Leske et al., 2013). Dock uttryckte majoriteten som var av den uppfattningen att fysisk kontakt då var en förutsättning (Hung et al., 2011; Leske et al., 2013).

Metoddiskussion

Många sjuksköterskor har inte uppdaterad kunskap utifrån befintlig forskning om närståendes upplevelser att närvara på sjukhus under återupplivningsförsök. En allmän litteraturoversikt valdes som metod med avsikt att göra kunskapen mer lättillgänglig och grundades i Friberg (2017) uttalande att en allmän litteraturoversikt bör tillämpas när avsikten är att ge läsaren en vidare inblick i valt område.

För att identifiera nyckelelement i den information som avsågs sammanställas användes SPIDER. Cooke et al. (2012) jämförde i sin studie skillnaden i träffsäkerhet vid användning av SPIDER alternativt PICO. Om SPIDER tillämpades blev antalet träffar i genomsnitt 88 procent lägre än vid PICO och sökresultatet med SPIDER innehöll betydligt högre procent relevanta träffar. Sett till det faktiska antalet gav PICO dock ett fåtal fler relevanta träffar. Därmed var en sökning enligt PICO av högre sensitivitet, det vill säga den genererade en bredare sökning som täckte in fler artiklar av intresse (Karlsson, 2017). En sökning enligt SPIDER var istället av högre specificitet, det vill säga den genererade ett mindre antal träffar med en högre andel av relevans men samtidigt missades några (Karlsson, 2017).

Applicerat på aktuell studie innebär det att om PICO istället hade använts skulle teoretiskt sett ytterligare ett par artiklar kunnat identifieras. I verkligheten var det dock inte genomförbart. En sökning enligt PICO hade resulterat i ett större antal träffar än vad som skulle vara möjligt att gå igenom under den begränsade tid studien pågick. Karlsson (2017) understryker vikten av balans mellan sensitivitet och specificitet.

Utifrån SPIDER valdes sökord enbart från *Phenomenon of Interest* och resterande delar utgjorde inklusion- och exklusionskriterier. Detta för att göra sökningen bredare och på så vis minska risken att gå miste om relevant litteratur. Enligt Cookes et al. (2012) modell används *OR* mellan samtliga synonymer inom varje del av SPIDER och delarna sammanbinds med *AND* på följande sätt: “[S AND P of I] AND [(D OR E) AND R]” (s. 1438). Om samma metod hade tillämpats i aktuell studie hade sökningen genererat betydligt färre träffar och risken att gå miste om relevant litteratur hade ökat.

Ämnesord tillämpades inte i sökningen av flera anledningar. Valt ämne är smalt och till författarnas kännedom sparsamt beforskat, varför det var än viktigare att ingen litteratur förbisågs. Syftet med ämnesord är att ge mer träffsäkra resultat vid sökningen (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). Nackdelen är dock att ett begrepp måste vara förhållandevis välkänt för att etableras som ämnesord i en databas (Karlsson, 2017). Därför bedömdes risken stor att gå miste om relevant litteratur om ämnesord användes.

För att litteratursökningen skulle vara av tillfredsställande omfattning genomfördes sökningen i fyra skilda databaser: CINAHL, PsycINFO, PubMed och Scopus. Vid sökning i tredje databasen återfanns flera dubletter från tidigare sökningar. Sökningen bedömdes mättad efter fjärde databasen då enbart ett nytt relevant abstrakt identifierades och resterande nio var dubletter.

Trots att *publikationsspråk engelska* sattes som ett inklusionskriterie, valdes det inte som en sökbegränsning. Att använda en publikationsform som inklusion-/exklusionskriterium medför en ökad risk för publikationsbias. En begränsning till språk är dock ofta nödvändigt. För att kunna uppskatta hur stort publikationsbias det skulle orsaka i aktuell studie beslutade författarna att avstå sökbegränsningen. Endast ett relevant abstrakt där artikeln inte var tillgänglig på engelska identifierades varpå slutsatsen kunde dras att risken för publikationsbias var förhållandevis låg.

För att förebygga risken att författarnas förförståelse påverkade urvalet av artiklar och därmed öka risken för selektionsbias genomförde båda författarna litteratursökningen individuellt och identifierade relevanta abstrakt oberoende av varandra. Därefter fördes en gemensam diskussion för att lösa eventuella oenigheter. Samma strategi tillämpades vid dataextraktion för att minska risken för rapporteringsbias, samt vid analys av data för att öka chansen att uppnå analysmättnad. Genom ett sådant tillvägagångssätt ökar informationssökningens-, dataextraktionens- och dataanalysens reliabilitet. Billhult (2017) förmedlar att reliabilitet avser hur exakt ett mätinstrument är. Om samma mått erhålls vid varje mätning av mätinstrumentet av reliabiliteten hög. I litteraturöversikter föreligger alltid en risk att författarnas förförståelse påverkade urval, dataextraktion och analys och därmed kan resultatet variera beroende på vem som genomför studien. När samtliga moment genomförs enskilt följt av en gemensam diskussion minskar risken för bias och undersökningens reliabilitet ökar.

Flera etiska aspekter har beaktats i aktuell studie. Det är oetiskt att i en litteraturoversikt inkludera studier som genomförts på ett oetiskt sätt. Urvalet av deltagare måste grundas i ett etiskt resonemang. Det är viktigt att ifrågasätta om människor kan ta skada eller gynnas av forskningen samt om de eventuella fördelar forskningsresultatet kan medföra kommer komma alla i behov till gagn (Kjellström, 2017). Deltagarna i samtliga inkluderade studier befann sig i en emotionellt turbulent situation och kan därmed betraktas som en utsatt grupp. Dock skulle den kunskap studierna medförde inte kunna nås med ett annat urval och forskningens syfte var att generera kunskap för att bättre kunna hjälpa denna specifika grupp. Billhult (2017) beskriver hur ett mätinstrument utvecklat för en viss population riskerar att inte göra en korrekt mätning på en annan population och ett mätinstrument som inte mäter det som är avsett är av låg validitet. Därmed skulle inkluderade studiernas validitet vara avsevärt lägre om urvalet varit annorlunda. Följaktligen är urvalet enligt Kjellström (2017) väl motiverat trots att det utgörs av en utsatt grupp.

Resultatdiskussion

Aktuell litteraturoversikt avsåg att sammanställa befintlig forskning om närståendes upplevelser av att närvara på sjukhus under återupplivningsförsök av en vuxen patient. Studiens huvudfynd delades in i fyra teman: behovet av information, behovet av stödperson, emotionell påverkan samt närståendes preferenser till att bevittna återupplivningsförsök, med tillhörande subtema: närståendes syn på sin egen roll.

Samtliga närstående hade ett stort behov av kontinuerlig information oavsett om de bevittnade återupplivningsförsöket eller inte (Weslien et al., 2006; Hung et al., 2011; Masa'Deh et al., 2013; Holzhauser et al., 2006). Majoriteten hade även behov av emotionellt stöd (Holzhauser et al., 2006; Hung et al., 2011; Masa'Deh et al., 2013; Weslien et al., 2006), vilket blev tillgodosett hos dem som tilldelades en stödperson (Holzhauser et al., 2006; Weslien et al., 2006). Forskare är oeniga angående hur närstående påverkas emotionellt av att bevittna, alternativt inte bevittna återupplivningsförsök. Ett par studier påvisade bättre psykisk status hos de som bevittnat återupplivningsförsöket (Holzhauser et al., 2006; Hung et al., 2011; Leske et al., 2017 & Masa'Deh et al., 2013) medan andra studier inte kunde identifiera någon skillnad från dem som inte bevittnade (Compton et al., 2011; Pasquale et al., 2010). Majoriteten närstående var positivt inställda till att bevittna återupplivningsförsök (Leske et al., 2013; Holzhauser et al., 2006; Hung et al., 2011; Masa'Deh et al., 2013). Ingen uttryckte en negativ inställning till att få förfrågan.

Behov av information

Forskare är eniga om att närstående har ett stort behov av information under pågående återupplivningsförsök (Weslien et al., 2006; Hung et al., 2011; Masa'Deh et al., 2013; Holzhauser et al., 2006). Situationen förefaller se liknande ut i andra typer av akuta situationer, även utan förekomst av hjärtstopp. Schwarzkopf et al. (2013) genomförde en studie med mixad metod som undersökte graden av tillfredsställelse hos närstående till patienter som vårdades på en intensivvårdsavdelning. Framkommen kvalitativa data visade brister i kommunikationen i form av lång väntan på information och att den många gånger var ottydlig och otillräcklig. Analysen av kvantitativa data visade en stark positiv korrelation mellan hur nöjda närstående var med tillhandahållen information och beslutsfattande, samt

hur nöjda de var generellt med vården. Därmed stärker kvantitativa data i Schwartzkopf et al. det kvalitativa resultat som framkommit i aktuell litteraturoversikt.

Den familjecentrerade omvårdnaden handlar om att samtliga familjemedlemmar samverkar med varandra. Drabbas en individ av ohälsa påverkas också övriga delar av familjen (Benzein et al., 2017b). I enlighet med den familjecentrerade omvårdnaden kan behovet av information för de närstående vara väsentligt att känna till för att kunna inkludera och göra familjen delaktig i den vård och behandling som väntar patienten.

Flera studier visade att frekvent information om hur situationen fortlöper och vilka insatser som planeras lugnar oroliga närstående (Masa'Deh et al., 2013; Hung et al., 2011; Weslien et al., 2006). Det skulle vara av stort värde att vidare undersöka om adekvat information i sig kan minska antalet fall av PTSD och depression hos närstående till följd av akuta medicinska och/eller traumatiska tillstånd som krävt livräddande insatser.

Behov av stödperson

Forskning visar att majoriteten av närstående har ett behov av emotionellt stöd. Inga negativa kommentarer gentemot en tilldelad stödperson har framkommit (Holzhauser et al., 2006; Hung et al., 2011; Masa'Deh et al., 2013; Weslien et al., 2006). Behovet av stöd verkar förekomma vid allvarliga tillstånd generellt, inte enbart vid återupplivningsförsök. I studien av Schwartzkopf et al. (2013) var bemötandet ett av flera förbättringsområden som identifierades av närstående.

Vikten av tillgodosett stöd till närstående har även identifierats av hälso- och sjukvårdspersonal. Hassankhani, Zamanzade, Rahmani, Haririan och Porter (2017) undersökte upplevelsen av bevitnade återupplivningsförsök hos återupplivningsteam. Flera professioner instämde att det var nödvändigt att utse en stödperson och att det i sin tur ledde till ökad tillfredsställelse hos personalen så väl som de närstående. Vidare poängterade även personalen att emotionellt stöd och information går hand i hand. En viktig uppgift hos en stödperson är att förklara för närstående vad det är de ser. Genom att ge en korrekt bild av händelseförloppet minskar risken för missförstånd och onödigt lidande.

En förutsättning för att kunna ge adekvat stöd till närstående under återupplivningsförsök är att båda parter befinner sig på samma nivå. En tänkbar situation är att teamet förutsätter att närvarande närstående förstår situationen eftersom de bevitnar händelseförloppet, men avsaknad av medicinsk kompetens kan orsaka missförstånd och därför är en stödperson väsentlig som komplement.

Med stöd av Benzein et al. (2017b) som menar att en ensam komponent påverkar alla i systemet är det tänkbart att en tilldelad stödperson till närstående, indirekt också gynnar patienten. I de fall patienten överlever, bör närståendes förutsättningar för att senare själva stödja patienten vara bättre, om de under återupplivningen fått adekvat information och stöd. Vidare forskning om hur patienten påverkas av adekvat vård av närstående krävs.

Emotionell påverkan

Forskningen förefaller tvetydig gällande hur närstående påverkas emotionellt av att närvara på sjukhus under återupplivningsförsök. Ett par studier indikerar bättre psykisk status hos de som bevittnat återupplivningsförsöket jämfört med dem som inte bevittnat (Holzhauser et al., 2006; Hung et al., 2011; Leske et al., 2017 & Masa'Deh et al., 2013). Andra studier kan inte påvisa någon skillnad mellan grupperna (Compton et al., 2011; Pasquale et al., 2010). Dock visar inga studier att bevittnade återupplivningsförsök leder till signifikant ökad psykisk ohälsa.

Liknande resultat har setts i liknande situationer. Jakab, Day, Kraguljac, Brown och Mehta (2017) undersökte närståendes upplevelse och perspektiv av att närvara vid medicinska procedurer i form av insättning av endotrakealtub, central venkateter, artärnål, sond, lungdränage, urinkateter, rektalsond och/eller bröstkompressioner på en intensivvårdsavdelning. En minoritet av deltagarna upplevde proceduren otäck. Främsta orsakerna till en negativ upplevelse var att se sin älskade lida när behandlingsåtgärder inte lyckades med en gång, exempelvis vid misslyckad nålsättning. Studien undersökte även tecken på posttraumatisk stress (PTSD) kort efter händelsen och en månad senare. Mätningen indikerade förekomst av PTSD hos två av 52 närstående vid första mätningen och hos två skilda deltagare vid andra mätningen. Det bör dock poängteras att ingen kontrollmätning gjordes bland dem som inte bevittnade proceduren. Därmed går det inte att dra någon slutsats om vilket alternativ som generellt är mest gynnsamt för närstående.

Utifrån ett familjecentrerat omvårdnadsperspektiv är fynden av stor betydelse. Patienten påverkar familjen och familjen påverkar patienten (Benzein et al., 2017b). Hälso- och sjukvårdspersonalens uppgift är att vårda patienten, därför behöver de även se till familjen. Varje individ är unik. Många förefaller gynnas av att få bevittna procedurer, men inte alla. En viktig uppgift hos sjuksköterskan blir därmed, att utifrån befintlig evidens, göra en så korrekt bedömning som möjligt, vilka närstående som bör ges möjligheten att bevittna och inte. Mer forskning behövs kring vilka grupper som löper större risk att påverkas negativt.

Närståendes preferenser till att bevittna återupplivningsförsök

Majoriteten närstående uttryckte en önskan att få bevittna återupplivningsförsöket (Leske et al., 2013; Holzhauser et al., 2006; Hung et al., 2011; Masa'Deh et al., 2013) men flera uppfattade det som underförstått att det inte var tillåtet (Weslien et al., 2006; Hung et al., 2011).

Som tidigare nämnt är en negativ inställning vanligt bland hälso- och sjukvårdspersonal på grund av rädslor för negativa konsekvensen så som att närstående ska uppleva situationen traumatisk (Sak-Dankosky et al., 2013; Hodge et al., 2009) eller utgöra ett stressmoment för personalen (Sak-Dankosky et al., 2013; Hodge et al., 2009; Doolin et al., 2011). Dock är samtliga rädslor obefogade sett till befintlig forskning (Hodge et al., 2009; Doolin et al., 2011; Bossaert et al., 2015)

Kunskap är en förutsättning för god vård. Hälso- och sjukvårdspersonal med en negativ inställning riskerar att förmedla det till närstående genom sitt kroppsspråk. Det är troligt att utstrålning av missnöje kan hämma de positiva effekterna för närstående som bevittnar

återupplivningsförsök. Därmed bör kunskapsbristen hos hälso- och sjukvårdspersonal kring hur bevittnad återupplivning påverkar teamet och närstående, först åtgärdas för att sedan kunna öka tillämpningen av bevittnade återupplivningsförsök.

Slutsats

Att närstående erhåller kontinuerlig adekvat informera och emotionellt stöd under pågående återupplivningsförsök är avgörande för deras förmåga att hantera situationen. Sjuksköterskan är i sin profession lämplig att agera stödperson och kan därmed tillgodose nämnda behov. Vidare är det nödvändigt att som stödperson tydliggöra om närstående är välkomna att bevittna förloppet eller inte då missförstånd och är vanligt förekommande.

Kliniska implikationer

Resultatet av aktuell litteraturöversikt har tydliggjort att sjuksköterskor generellt bör undersöka om arbetsplatsen de är verksamma på har lokala riktlinjer kring omhändertagandet av närstående vid återupplivningsförsök. Riktlinjerna bör klargöra när och hur närstående ska bjudas in att bevittna återupplivningsförsök, vem som är mest lämpad att agera stödperson och vilket ansvar det medför. I de fall lokala riktlinjer saknas bör sjuksköterskan i enlighet med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor arbeta för framställning av adekvata riktlinjer för god omvårdnad baserad på evidens (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Behov av specifik vidare forskning har framkommit. Det skulle vara av stort värde att vidare undersöka om adekvat information i sig kan minska antalet fall av PTSD och depression hos närstående till följd av akuta medicinska och/eller traumatiska tillstånd som krävt livräddande insatser. Vidare forskning om hur patienten påverkas av adekvat vård av närstående krävs och mer forskning behövs kring vilka grupper som löper större risk att påverkas negativt.

Referenslista

- Axelsson, Å. B., Fridlund, B., Moons, P., Mårtensson, J., Scholte op Reimer, W., Smith, K., ... Norekvål, T. M. (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
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2017a). Inledning. I E. Benzein, M. Hagberg, & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 19–23). Lund: Studentlitteratur.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2017b). Teoretiska utgångspunkter i familjefokuserad omvårdnad. I E. Benzein, M. Hagberg, & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 33–51). Lund: Studentlitteratur.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2017c). Varför ska familjen ses som en enhet?. I E. Benzein, M. Hagberg, & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 27–31). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A. (2017). Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 133–142). Lund: Studentlitteratur.
- Bossaert, L. L., Perkins, G. D., Askitopoulou, H., Raffay, V. I., Greif, R., Haywood, K. L., ... Xanthos, T. T. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 95, 302–311.
- Compton, S., Levy, P., Griffin, M., Waselewsky, D., Mango, L., & Zalenski, R. (2011). Family-witnessed resuscitation: Bereavement outcomes in an urban environment. *Journal of Palliative Medicine*, 14(6), 715–721. doi: 10.1089/jpm.2010.0463
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435–1443. doi: 10.1177/1049732312452938
- Doolin, C. T., Quinn, L. D., Bryant, L. G., Lyons, A. A., & Kleinpell, R. M. (2011). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Using evidence-based knowledge to guide the advanced practice nurse in developing formal policy and practice guidelines. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(1), 8–14. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00569.x
- Emergency Nurses Association. (2017). *Clinical Practice Guideline: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation*. Hämtad 2018-10-14, från https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/cpg/familypresencecpg3eaabb7cf0414584ac2291feba3be481.pdf?sfvrsn=9c167fc6_16
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning i litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141–152). Lund: Studentlitteratur.
- Fulbrook, P., Latour, J., Albarran, J., Graaf de, W., Lynch, F., Devictor, D., & Norekvål, T. (2007). The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. *Connect: The World of Critical Care Nursing*, 5(4), 86–88.
- Hassankhani, H., Zamanzade, V., Rahmani, A., Haririan, H., & Porter, J. E. (2017). Family

- support liaison in the witnessed resuscitation: A phenomenology study. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 95–100. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.005
- Hodge, A. N., & Marshall, A. P. (2009). Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Collegian*, 16(3), 101–118. doi: 10.1016/j.colegn.2009.04.003
- Holzhauser, K., Finucane, J., & De Vries, S. M. (2006). Family presence during resuscitation: A randomized controlled trial of the impact of family presence. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 8(4), 139–137. doi: 10.1016/j.aenj.2005.10.003
- Hung, M. S., & Pang, S. M. (2011). Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 56–67. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05441.x
- Jakab, M., Day, A. Z., Kraguljac, A., Brown, M., & Mehta, S. (2017). Family Presence in the Adult ICU During Bedside Procedures. *Journal of Intensive Care Medicine*. doi: 10.1177/0885066617705857
- Karlsson, E-K. (2017). Informationsökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 81–97). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–80). Lund: Studentlitteratur.
- Leske, J. S., McAndrew, N. S., & Brasel, K. J. (2013). Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 20(2), 77–85. doi: 10.1097/JTN.0b013e31829600a8
- Leske, J. S., McAndrew, N. S., Brasel, K. J., & Feetham, S. (2017). Family presence during resuscitation after trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 85–96. doi: 10.1097/JTN.0000000000000271
- Masa'Deh, R., Saifan, A., Timmons, S., & Narin, S. (2013). 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
- Morrison, L. J., Kierzek, G., Diekema, D. S., Sayre, M. R., Silvers, S. M., Idris, A. H., & Mancini, M. E. (2010). Part 3: Ethics: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122(18), 665–675. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970905
- Pasquale, M. A., Pasquale, M. D., Baga, L., Eid, S., & Leske, J. (2010). Family presence during trauma resuscitation: Ready for primetime?. *The Journal of Trauma*, 69(5), 1092–1100. doi: 10.1097/TA.0b013e3181e84222
- Porter, J., Grad, M. N., Dip, C. C., Cooper, S. J., & Sellick, K. (2012). Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): A quantitative literature review. *International Emergency Nursing*, 21(1), 26–34. doi: 10.1016/j.ienj.2012.04.002
- Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2013). Integrative review: nurses' and physicians' experiences and attitudes towards inpatient-witnessed resuscitation of an adult patient. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 957–974. doi: 10.1111/jan.12276
- SBU. (2014a). *Mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier*. Hämtad 2018-10-18, från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_observationsstudier.pdf
- SBU. (2014b). *Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier*. Hämtad 2018-10-18, från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_randomiserade_studier.pdf
- SBU. (2014c). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik* –

patientupplevelser. Hämtad 2018-10-18, från
https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

- Schwarzkopf, D., Behrend, S., Skupin, H., Westermann, I., Riedemann, N. C., Pfeifer, R., ... Hartog, C. S. (2013). Family satisfaction in the intensive care unit: a quantitative and qualitative analysis. *Intensive Care Medicine*, 39(6), 171–179. doi: 10.1007/s00134-013-2862-7
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2015). *Familjefokuserad omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). *Säker vård*. Solna: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Svenska Läkaresällskapet., Svensk sjuksköterskeförening., & Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2013). *Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR)*. Stockholm: Svenska läkaresällskapet.
- Weslien, M., Nilstun, T., Lundqvist, A., & Fridlund, B. (2006). Narratives about resuscitation – Family members differ about presence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 68–74. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.08.002
- Whall, A. L. (1986). The Family as the Unit of Care in Nursing: A Historical Review. *Public Health Nursing*, 3(4), 240–249. doi: 10.1111/j.1525-1446.1986.tb00495.x
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats, vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59–82). Lund: Studentlitteratur

Bilaga 1 – Söktabell

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2018.10.29 CINAHL	((“family presence” OR “family centered care”) AND (“resuscitation” OR “cardiopulmonary resuscitation” OR “resuscitation, cardiopulmonary” OR “CPR”)) OR (“family witnessed resuscitation” OR “family presence during resuscitation” OR “FPDR” OR “witnessed resuscitation”)	Peer Reviewed Published Date: 20030101- 20181231	122	2	2	Leske, J. S., McAndrew, N. S., & Brasel, K. J. (2013). Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. <i>Journal of Trauma Nursing, 20</i> (2), 77–85. doi: 10.1097/JTN.0b013e31829600a8 Leske, J. S., McAndrew, N. S., Brasel, K. J., & Feetham, S. (2017). Family presence during resuscitation after trauma. <i>Journal of Trauma Nursing, 24</i> (2), 85-96. doi: 10.1097/JTN.0000000000000271
2018.10.29 PsycINFO	((“family presence” OR “family centered care”) AND (“resuscitation” OR “cardiopulmonary resuscitation” OR “resuscitation, cardiopulmonary” OR “CPR”)) OR (“family witnessed resuscitation” OR “family presence during resuscitation” OR “FPDR” OR “witnessed resuscitation”)	Peer Reviewed Published Date: 20030101- 20181231	68	2	2	Compton, S., Levy, P., Griffin, M., Waselewsky, D., Mango, L., & Zalenski, R. (2011). Family-witnessed resuscitation: Bereavement outcomes in an urban environment. <i>Journal of Palliative Medicine, 14</i> (6), 715-721. doi:10.1089/jpm.2010.0463 Hung, M. S., & Pang, S. M. (2011). Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. <i>Journal of Advanced Nursing, 67</i> (1), 56-67. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05441.x

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2018.10.29 PubMed	((“family presence” OR “family centered care”) AND (“resuscitation” OR “cardiopulmonary resuscitation” OR “resuscitation, cardiopulmonary” OR “CPR”)) OR (“family witnessed resuscitation” OR “family presence during resuscitation” OR “FPDR” OR “witnessed resuscitation”)	Published Date: From 2003/01/01 to 2018/12/31	317	8	3	Masa’Deh, R., Saifan, A., Timmons, S., & Narin, S. (2013). Families' stressors and needs at time of cardio-pulmonary resuscitation: a Jordanian perspective. <i>Global Journal of Health Science</i> , 6 (2), 72-85. doi:10.5539/gjhs.v6n2p72 Pasquale, M. A., Pasquale, M. D., Baga, L., Eid, S., & Leske, J. (2010). Family presence during trauma resuscitation: Ready for primetime?. <i>The Journal of Trauma</i> , 69(5), 1092-1100. doi:10.1097/TA.0b013e3181e84222
2018.10.29 Scopus	TITLE-ABS-KEY (((“family presence” OR “family centered care”) AND (“resuscitation” OR “cardiopulmonary resuscitation” OR “resuscitation, cardiopulmonary” OR “CPR”)) OR (“family witnessed resuscitation” OR “family presence during resuscitation” OR “FPDR” OR “witnessed resuscitation”))	Published Date: 2003-2018	415	10	1	Holzhauser, K., Finucane, J., & De Vries, S. M. (2006). Family presence during resuscitation: A randomized controlled trial of the impact of family presence. <i>Australasian Emergency Nursing Journal</i> , 8 (4), 139-137. doi:10.1016/j.aenj.2005.10.003

Bilaga 2 – Artikelöversiktstabell

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Sammanfattande bedömning av kvalitet och kommentar
Compton et al. 2011 USA	Family-witnessed resuscitation: Bereavement outcomes in an urban environment	Undersöka ev. skillnader mellan närstående som bevittnat ett fruktlöst återupplivningsförsök och närstående som inte bevittnade återupplivnings-försöket sett till depression och PTSD.	Prospektiv kvasi-experimentell studie	Konsikativt urval. 65 närstående till patienter som genomgått ett fruktlöst återupplivningsförsök. (24 bevittnade, 41 bevittnade inte).	Inga signifikanta skillnader kunde identifieras mellan grupperna.	Medelhög kvalitet + Låg risk för behandling-, bortfalls-, rapportering- och intressekonfliktbias – Medelhög risk för selektions- och bedömningsbias
Holzhauser et al. 2006 Australien	Family presence during resuscitation: A randomised controlled trial of the impact of family presence	Undersöka hur närstående påverkas av att bevittna återupplivningsförsök på en akutmottagning samt deras syn på bevittnad återupplivning.	Kontrollerad randomiserad studie med strukturerade intervjuer	Konsikativt urval. 99 närstående till patienter i behov av återupplivning.	Majoriteten uppskattade möjligheten att få bevittna återupplivningsförsöket.	Hög kvalitet + Låg risk för selektion-, behandling-, bedömning-, rapportering- och intressekonfliktbias - Medelhög risk för bortfallsbias
Hung et al. 2011 Kina	Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department	Belysa erfarenheter av närstående till patienter som återupplivats på en akutmottagning samt deras preferenser till att bevittna återupplivningsförsök.	Tolkande fenomenologisk ansats med semi-strukturerade intervjuer	18 närstående till personer som återupplivats på en akutmottagning.	Majoriteten hade en stark önskan att få bevittna återupplivningsförsöket men ingen tilläts. Grunden för deras preferenser till bevittnad återupplivning kunde delas in i de tre huvudtemana: emotionell samhörighet, kännedom om patientens tillstånd samt uppfattningar om lämplighet och olämplighet.	Hög kvalitet + Tydligt adekvat syfte, urval, datainsamling, analys och resultat
Leske et al. 2013 USA	Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma	Beskriva närståendes erfarenheter av möjligheten att bevittna återupplivningsförsök till följd av trauma från motorcykelolyckor eller skottskador.	Mixad metod med en kvalitativ innehållsanalys	Bekvämlighetsurval. 28 närstående till patienter som återupplivats på en akutmottagning.	Två huvudkategorier: Personalens uppgift att ”fixa” patienten och närståendes uppgift att skydda och stötta patienten.	Hög kvalitet + Tydligt adekvat syfte, urval, datainsamling, analys och resultat

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Sammanfattande bedömning av kvalitet och kommentar
Leske et al. 2017 USA	Family presence during resuscitation after trauma	Undersöka hur närståendes ångest, stress, välbefinnande och tillfredsställelse påverkas av att bevittna återupp-livningsförsök efter trauma.	Observationsstudie, fall-kontrollundersökning	Bekvämlighetsurval. 140 närstående till patienter som återupplivats på en akutmottagning.	Signifikant mindre ångest och stress samt signifikant högre välbefinnande hos de närstående som bevittnat återupplivningen. Ingen signifikant skillnad gällande hur nöjda grupperna var med tillhandahållen vård.	Hög kvalitet + Låg risk för behandlings-, bedömnings-, bortfalls-, rapportering- och intressekonfliktbias – Medelhög risk för selektionsbias
Masa'Deh et al. 2013 Jordanien	Families' stressors and needs at time of cardio-pulmonary resuscitation: A Jordanian perspective	Undersöka behoven hos närstående till vuxna patienter under pågående återupplivningsförsök på sjukhus.	Kvalitativ ansats med semi-strukturerade intervjuer	Ändamålsenligt urval. 7 vuxna närstående som befunnit sig på patientens avdelning under återupplivningsförsöket.	Samtliga närstående önskade möjligheten att få bevittna återupplivningsförsöket och deras behov kunde delas in i tre huvudkategorier: behov av information, behov av att vara nära och behov av stöd.	Hög kvalitet + Tydligt adekvat syfte, urval, analys och resultat – Otydligt om datamättnad råder
Pasquale et al. 2010 USA	Family presence during trauma resuscitation: Ready for primetime?	Undersöka hur närståendes ångest, tillfredsställelse och välbefinnande påverkas av att bevittna och inte bevittna återupplivningsförsök efter trauma.	Observationsstudie, fall-kontrollundersökning	Konsikutivt urval. 50 närstående till patienter som uppfyllt 'trauma activation criteria' och återupplivats. 25 bevittnade, 25 bevittnade inte	Inga signifikanta skillnader mellan grupperna i upplevd ångest, välbefinnande och tillfredsställelse med tillhandahållen vård.	Medelhög kvalitet + Låg risk för selektions-, bortfalls- och rapporteringsbias – Medelhög risk för behandling, bedömnings- och intressekonfliktbias
Weslien et al. 2006 Sverige	Narratives about resuscitation – Family members differ about presence	Belysa närståendes erfarenheter och perspektiv av att bevittna återupplivningsförsök.	Kvalitativ beskrivande design	Bekvämlighetsurval. 17 närstående till patienter som genomgått återupplivningsförsök.	Ett huvudtema med flera tillhörande underteman innefattande närståendes rädsla att utgöra ett störningsmoment under återupplivningen, då det viktigaste för dem var patienten.	Hög kvalitet + Tydligt adekvat syfte, urval, datainsamling, analys och resultat