



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

NÄRVARO AV NÄRSTÅENDE VID HLR, ETT SVÅRT BESLUT FÖR SJUKSKÖTERS KOR.

En litteraturöversikt om sjuksköterskans tankar.

Författare

Elin Bodén & Mathilda Mäkitalo

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2018
Handledare:	Camilla Eide
Examinator:	Tommy Johnsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Under arbetets gång har vi fått värdefull kunskap om ämnesområdet som har bidragit till viktiga reflektioner kring vår egen inställning till ämnet. Vi vill tacka vår handledare Camilla Eide för ditt stöd under detta arbete. Tack för allt engagemang och alla lärorika möten. Du har hjälpt oss framåt med stor entusiasm!

Vi vill även tacka alla personer som tagit sig tid att läsa vårt arbete och gett oss feedback samt gett oss stöd under arbetets gång!

Mathilda Mäkitalo & Elin Bodén

Titel	Närvaro av närstående vid HLR, ett svårt beslut för sjuksköterskor.
Title	Presence of family during CPR, a hard decision for nurses.
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2018
Författare	Elin Bodén & Mathilda Mäkitalo
Handledare:	Camilla Eide
Examinator:	Tommy Johnsson

Sammanfattning:

Bakgrunden var att varje år drabbades 10 000 personer av hjärtstopp i Sverige och därmed krävde återupplivning. Om närstående närvarade riskerade det att bli en obekvämlig miljö för sjuksköterskan. Det fanns även få tydliga riktlinjer tillgängliga för sjuksköterskan om hur närståendes närvaro skulle hanteras vid återupplivning. **Syftet** med denna uppsats var att undersöka sjuksköterskans uppfattning och erfarenhet av att låta närstående närvara vid HLR. **Metoden** var att en litteraturöversikt gjordes där 11 kvalitativa eller kvantitativa artiklar har granskats. **Resultatet** från artiklarna analyserades för att identifiera sjuksköterskans uppfattning och erfarenhet om närståendes närvaro vid hjärt-lungräddning. Resultatet blev att tre teman framkom vilka var: emotionell påverkan, arbetsklimatets påverkan och förutsättning för närståendes närvaro. Starka argument mot närvaro var att det riskerade att leda till juridiska konsekvenser och trauma. Dessutom bidrog det till koncentrationssvårigheter för personalen. Sjuksköterskorna framförde också att det fanns för lite personal för att kunna ta hand om närstående om de skulle närvara. **Slutsatsen** var att sjuksköterskan, till stor del, hade en negativ uppfattning om närståendes närvaro vid HLR. Tydliga riktlinjer bör utformas och en diskussion inom personalen angående närståendes närvaro vid återupplivning kan bidra till tydlighet för sjuksköterskan.

Nyckelord: Hjärt-lungräddning, närstående, erfarenhet, sjuksköterska, uppfattning

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund.....	5
Hjärt-lungräddning	5
Hjärtstopp och överlevnad	5
Sjuksköterskans etiska ansvar	6
Sjuksköterskans kompetens.....	6
Definition av närstående	7
Teoretisk referensram-Familjecentrerad omvårdnad	7
Närståendes åsikter om att närvara vid HLR.....	8
Problemformulering.....	9
Syfte	9
Metod.....	9
Datainsamling	9
Dataanalys	10
Etisk granskning	10
Resultat.....	11
Emotionell påverkan	11
Arbetsklimatets påverkan.....	12
Förutsättningar för närståendes närvaro.....	12
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Slutsats.....	17
Bilaga 1-Artikelöversikt.....	22
Bilaga 2-Söktabell.....	25

Inledning

Föreställ dig att din patient ramlar ihop av ett hjärtstopp och samtidigt är dennes fru i samma rum och ser allt. Ska din patients närstående få stanna kvar i rummet medan du och dina kollegor startar hjärt-lungräddning (HLR) eller ska hon eskorteras ut? HLR innebär bröstkompression och inblåsningar vilket ur en närståendes perspektiv kan se brutalt ut. De senaste åren har frågan kring närstående närvaro vid HLR väckts och diskuterats i stor utsträckning bland sjukvårdspersonal. Intresset för hur närståendes närvaro vid HLR upplevs utifrån sjuksköterskans perspektiv väcktes vid tidigare verksamhetsförlagda utbildningar. Dessutom är det en svårhanterlig situation då sjuksköterskan behöver ha fokus på både patienten och närstående. Som framtida sjuksköterskor är det av vikt att vara medveten om att närstående kan vilja vara närvarande vid HLR. Återupplivning är stressande för både närstående och personal eftersom det är mycket som händer kring och med patienten. Stressen kan göra HLR till en överväldigande situation för både patient, närstående och personal.

Bakgrund

Hjärt-lungräddning

Ett hjärtstillestånd innebär att hjärtat inte längre orkar pumpa ut blodet i kroppen, även kallat hjärtstopp. Det medför att blodet måste pumpas med manuell hjälp. Den manuella hjälpen kallas hjärt-lungräddning och ska startas så tidigt som möjligt för att optimera chans till överlevnad. HLR innebär att 30 bröstkompression utförs varvat med att två inblåsningar utförs genom mun-till-mun andning. Dessutom tillförs läkemedel, syrgas och ofta görs även defibrillering av hjärtat (Ericson & Ericson, 2012). I Svenska Hjärt-lungräddningsfondens (2017) skrift, Plötsligt hjärtstopp, framgår det att den vanligaste orsaken till plötsligt hjärtstillestånd bland yngre är bakomliggande hjärtsjukdom. Hos äldre är den vanligaste orsaken ateroskleros.

Hjärtstopp och överlevnad

Varje år drabbas cirka 10 000 människor i Sverige av hjärtstillestånd (Svenska Hjärt-lungräddningsfonden, 2017) och under 2017 rapporterades det in till Svenska hjärt-lungräddningsregistret (2018) att 2458 människor drabbades av plötsligt hjärtstopp på sjukhus. Av de hjärtstopp som uppstår på sjukhus inträffar hälften på en annan vårdavdelning än hjärtintensiven, akuten eller intensivvården. Dessutom framgår det i rapporten att endast 800 personer av de som drabbas av hjärtstopp på sjukhus överlever. Utöver de som drabbas av hjärtstopp på sjukhus fick 5785 personer hjärtstillestånd utanför sjukhus. Vid hjärtstillestånd drabbas organen i kroppen av syrebrist (Svenska hjärt-lungräddningsregistret, 2018). Enligt Wikström och Dahlström (2010) drabbas organen i kroppen av cirkulationssvikt vid hjärtstopp, om cirkulationen inte återställs inom två till tre minuter finns det risk för organskador. Efter 10 minuter utan cirkulation är chansen till överlevnad liten vilket bör vägas in i beslut om huruvida HLR ska utföras. Hjärnan löper störst risk för att drabbas av skador på kort sikt.

Det finns faktorer som påverkar risken att inte överleva vilket beskrivs i en artikel av Martinell et al. (2017). I artikeln framgår det att överlevnaden vid hjärtstillestånd minskar drastiskt vid hög ålder, kvinnligt kön, historia med en hög alkoholkonsumtion och högt BMI. Det bekräftas även att ju längre tid till sjukhus desto sämre chans till överlevnad. Ett antal tecken hos patienten som indikerar sämre prognos när patienten hittas framgår också. Dessa tecken är exempelvis ingen spontanandning, inga reaktioner från pupiller eller ingen hostreflex.

Sjuksköterskans etiska ansvar

En väsentlig del av HLR är vikten av att arbeta med ett etiskt förhållningssätt och perspektiv. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017a) är det sjuksköterskans ansvar att upprätthålla respekt, lyhördhet och medkänsla gentemot patient och närstående. Dessa principer är viktiga vid HLR för att ta hänsyn till patienten och närståendes önskningar då HLR är en svår upplevelse och de kommer att behöva fortsatt stöd oavsett utgång. Vidare framgår det i Svensk sjuksköterskeförening (2016) att integritet är en del av patientens egenvärde. Det innebär att sjuksköterskan ska respektera och ta hänsyn till patientens livshistoria, kulturella värden och normer. Närstående har en viktig del i att delge personalen information om patientens vilja gällande exempelvis organdonation.

Ett etiskt synsätt är att stärka patientens värdighet och självbestämmande. Sjuksköterskan ska dessutom bidra till att hjälpa patienten och dennes närstående att känna delaktighet, trygghet och respekt i den situation de befinner sig. Sjuksköterskan ska vara medveten om att de beslut som tas kan medföra konsekvenser (Öresland & Lützén, 2014). I och med att patienten är medvetslös vid hjärtstillestånd blir sjuksköterskans fokus dialogen med närstående. Eftersom patienten inte kan uttrycka sina åsikter får sjuksköterskan ofta använda sig av närstående för information. Dessutom är det viktigt att som sjuksköterska vara medveten om att beslut som tas utan närståendes involvering kan få följder.

I och med att alla personer ska bli respekterade utifrån att de är en egen individ med egna åsikter och viljor bör också närståendes vilja respekteras. Detta kan då ses som en etisk vägledning i att låta närstående själva avgöra om de vill vara närvarande vid HLR eller inte. Enligt Svenska läkaresällskapet (2013), Svensk sjuksköterskeförening (2013) och Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2013) ska närstående erbjudas möjlighet att närvara vid HLR. Däremot är det viktigt att poängtera att de närstående inte får påverka behandling av patienten negativt. Vidare bör en i personalen alltid vara med och ge den närstående information och stöd.

Sjuksköterskans kompetens

Sjuksköterskans huvudsakliga kompetens är omvårdnad och arbetet utförs för att patienter ska uppnå bästa välbefinnande och högsta möjliga livskvalitet. Patienter ska dessutom hjälpas till att förbättra, bibehålla och återfå sin hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Sjuksköterskans arbete grundar sig i värdegrunden humanistisk människosyn som bygger på delaktighet och jämlikhet. Sjuksköterskan ska då fokusera på hur personen uppfattar sin egen situation (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014). Ytterligare förhållningssätt som sjuksköterskan ska arbeta utifrån är med hänsyn till olika värderingar, integritet och värdighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

Grunden i all omvårdnad är de mänskliga rättigheterna. I de mänskliga rättigheterna ingår det att alla har kulturella rättigheter, egna val, värdighet och att alla blir bemötta med respekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Enligt Willman (2014) har alla, oavsett kön, utbildning och social ställning, grundläggande rättigheter enligt de mänskliga rättigheterna. Alla människor har rätt till ett lika värde, rätt till liv, fysisk och psykisk hälsa samt vård på lika villkor. Med tanke på de mänskliga rättigheterna och att människor ska bemötas med respekt bör detta också implementeras vid återupplivning då närstående frågar om de får närvara. De närstående ska bemötas med respekt och personalen kan inte bara avfärda deras förfrågning utan att rimliga skäl föreligger.

Riktlinjer

Det framgår att riktlinjer om huruvida närstående får närvara vid HLR inte finns implementerat på sjukhus. Istället hänvisar en del av sjukvårdspersonalen till det nationella HLR-protokollet, där de menar att det står beskrivet att närstående ska erbjudas möjlighet att delta under HLR (Waldemar & Thylen, 2018). Om det däremot finns riktlinjer som tillåter att de får närvara under återupplivningen bidrar det till att förbättra familjens positiva känsla. Det föreslås också att broschyrer om närvaro vid återupplivning ska delas ut till familjen samt bör finnas tillgängliga på avdelningen. Det ska vara tydligt i riktlinjerna vilka som erbjuds att närvara. I samband med att skriftliga riktlinjer implementeras ska personalen få utbildning i hur de bemöter närstående innan, under och efter ett återupplivningsförsök (Doolien, Quinn, Bryant, Lyons & Kleinpell, 2011).

Definition av närstående

De som står patienten nära kommer i denna uppsats att anges som närstående. Enligt ICN:s etiska kod (2017) definieras närstående som de personer patienten har nära kontakt med. En närstående behöver därmed inte nödvändigtvis vara familj utan kan vara till exempel en nära vän eller någon de delar ett känslomässigt band med.

Teoretisk referensram-Familjecentrerad omvårdnad

Teorin knuten till uppsatsen är ”familjecentrerad omvårdnad”. Det innebär att familjen betraktas som en helhet (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017a). Då närstående och patient ses som en enhet ska de få möjlighet att vara delaktiga i den vård som bedrivs vid hjärtstopp. Dessutom beskriver Benzein et al. (2017a) att helheten, alltså familjen, är viktigare än de olika individuella medlemmarna enskilt. Vidare beskrivs det att familjemedlemmarna påverkar varandra och utifrån ett cirkulatoriskt förhållningssätt har alla familjemedlemmar en del i det gemensamma välmåendet. Varje enskild medlem bidrar till familjehälsan där familjens funktion ska ses istället för den individuella fysiska och psykiska hälsan hos personerna. Vid sjukdom kan familjehälsan bevaras genom kommunikation, bekräftelse och stöd. Alla människor har olika reflektioner utifrån sin bakgrund. Reflektionerna samspelas med förståelse för varför familjer inte följer instruktioner och råd från personalen. Information som ges till närstående tas om hand på olika sätt och därmed kan information endast erbjudas som en möjlighet. Det betyder att även om det ges mycket information till familjen kan de välja att inte använda sig av den eller förstå hur den ska användas. Det kan påverka personalens syn på familjen och de kan anses vara omotiverade istället för att personalen ser brister som uppkommit i kommunikationen.

Benzein et al. (2017b) beskriver att familjecentrerad omvårdnad även används i ett personcentrerat synsätt då hänsyn ska tas till patientens sociala sammanhang även när patienten är i centrum. Närstående till patienten är en del i deras sociala sammanhang och ska därför tas om hand. Enligt McCance och McCormack (2013) ingår det i sjuksköterskans kärnkompetens att arbeta med ett personcentrerat förhållningssätt. Det handlar om att arbeta med en vårdform som innebär att patienten står i fokus och att patienten är en person. Sjuksköterskan ska vara engagerad och skapa en bild av vad patienten upplever är viktigt i livet. Andra viktiga ansvar som sjuksköterskan har är att arbeta med patienten för ett partnerskap och hantera värderingar som patienten har. Referensramen anses passande då patienten är medvetslös vid hjärtstopp. Det innebär att närstående kan behöva stöd och hjälp att hantera situationen. I och med att familjen ska ses som en helhet påverkar även hjärtstoppet den och de kommer därmed också behöva omvårdnad.

Närståendes åsikter om att närvara vid HLR

Sandford, Pugh och Warren (2002) menar att HLR kan ses som en brutal situation för närstående. Eftersom hjärtstopp kan ses som en traumatisk händelse bör de själva få möjlighet att välja om de vill vara med eller inte under förloppet. Toronto och LaRocco (2018) beskriver att närstående anser att de fick känna närhet med patienten under återupplivningen genom att de får vara nära. Enligt närstående inger de en känsla av trygghet åt patienten under denna traumatiska händelse trots att patienten är medvetslös.

Tidigare forskning enligt Toronto et al. (2018) visar även att närstående anser sig ha rätt till att vara närvarande vid HLR av patienten. Samtidigt beskrivs det att deltagarna inser att alla närstående kanske inte vill vara med, men de som vill ska få möjlighet till att närvara. Utgångspunkten i närståendes egna val är att en undersökning visar att närstående som tidigare varit med vid HLR vill få möjligheten att vara med igen om deras närstående drabbas av ett nytt hjärtstillestånd. Det framkommer att sjukvårdspersonal inte vill erbjuda närstående att vara med vid HLR utan de eskorteras istället ut. Närståendes tolkning av detta är att de riskerar att vara i vägen (Toronto et al., 2018). Det framgår i Sandford et al. (2002) att personal anser att det kan skapa stress samt att det kan påverka arbetet negativt. Dessutom visar Toronto et al. (2018) att närstående tror att deras närvaro riskerar att vara skadlig för patientens återupplivningsförsök.

Det Toronto et al. (2018) beskriver bekräftas av Sak-Dankosky, Andruszkiewicz, Scherwood och Kvist (2018) då närstående anser sig ha rätt till att själva ta beslut om de ska vara med i rummet när HLR utförs oavsett sjukvårdspersonalens åsikter. Det framgår dessutom att även om närstående inte vill vara med vill de bli tillfrågade då valet att närvara eller inte närvara är deras. Närstående i artikeln beskriver även att de anser att patienten får trygghet från närstående när de får vara med. Dessutom menar de att patienten får vara omgiven av närstående de sista ögonblicken i livet och inte endast främlingar. Sak-Dankosky et al. (2018) beskriver även att de närstående ser på situationen som en familj, de ska behandlas och bemötas som en enhet och inte som enskilda individer.

Bradley, Keithline, Petrocelli, Scanlon och Parkosewish (2017) framhåller att en majoriteten av patienterna anser att det är en viktig del att närstående får vara med. Eftersom de anser att det är de själva som beslutar om vem som får närvara eller inte. Dessutom tycker patienterna att närståendes närvaro är bra då de inte behöver dö ensamma och att de får tröst från någon som står patienten nära. Patienterna tycker att det sista andetaget de tar ska vara tillsammans med någon de älskar. Fortsatt finner Bradley et al. (2017) att patienterna anser närståendes närvaro kan vara bra då de närstående inte behöver undra över vad som händer. Flera tycker att närstående ska vara med för att säkerställa att personalen verkligen gör allt för att återuppliva dem, vilket även Toronto et al. (2018) bekräftar i sin artikel. Åsikter om att närstående ska vara med för att kunna bevittna om något går fel samt kan säkerställa att de inte får bristande omsorg uppkommer också (Bradley et al., 2017). Bradley et al. (2017) beskriver å andra sidan att vissa patienter tror att det är en traumatisk upplevelse för närstående och att de inte vill utsätta sina nära för detta. Dessutom anser patienter att närstående inte ska vara med då de vill att personalen ska fokusera på återupplivningen och inte på att ta hand om de närstående.

I Sanford et al. (2002) framgår det att sjukvårdspersonal med mindre erfarenhet av HLR motsätter sig att närstående ska få vara närvarande i större utsträckning än vad personal med längre erfarenhet anser. Samtidigt visar forskning från Finland och Polen att närstående vill vara med under hjärt-lungräddning eftersom de vill vara nära patienten i ett kritiskt ögonblick.

De känner även att de har mer kontroll över situationen och kan påverka vad som görs med patienten (Sak-Dankosky et al. 2018). Det framkommer i en annan studie att symtomen av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) förekommer i mindre utsträckning bland de närstående som bevitnade HLR än de som inte bevitnade (Jabre et al. 2013).

Masa'Deh, Saifan, Timmons och Nairn (2013) fann att närstående ska få vara med i situationen för att få en ärlig bild av förloppet. Detta med tanke på att de annars kan tro att det inte är en så svår situation som det faktiskt är. Om de närstående inte får vara delaktiga eller får tillräckligt med information, gör närstående allt de kan för att få informationen ändå. Exempelvis försökte närstående kolla in genom fönster eller bedöma personalens ansiktsuttryck. Närståendes sorgprocess hjälptes om de fick möjlighet att vara nära patienten samt beröra denne.

Problemformulering

Närståendes närvaro är omdiskuterat inom vården, både av personal, närstående själva och patienter. Sjuksköterskors arbete ska utgå från rådande evidens men inom just detta ämne kan det vara svårt att förstå vad rådande evidens är. Det finns studier gjorda på åsikter av närstående och personal men dessa involverar individuella tankar. Därmed blir det svårt att bevisa vad som är evidens. Åsikterna är skilda och det finns både positiva och negativa erfarenheter och tankar från både sjuksköterskan och närståendes sida. Det är därmed svårt att få en tydlig överblick över åsikterna kring närståendes närvaro vid HLR. Vidare finns det få tydliga riktlinjer för ämnet vilket leder till ytterligare osäkerhet om hur närståendes närvaro vid HLR bör hanteras. Därför vill vi undersöka närståendes närvaro utifrån sjuksköterskans perspektiv för att få en tydlig uppfattning av åsikterna.

Syfte

Syftet är att undersöka sjuksköterskans erfarenhet och uppfattning av att närstående närvarar vid hjärt-lungräddning.

Metod

Metoden som valdes grundades på intresse av att få en tydlig överblick av problemområdet ur sjuksköterskans perspektiv. Enligt Friberg (2012) är en litteraturöversikt en lämplig metod då den övergripande kunskapen inom ett visst område vill undersökas. Metoden ansågs relevant då den bidrog till flera vinklar från världen med fokus på närstående som närvarar vid HLR.

Datansamling

Inledningsvis gjordes en första sökning inom området för att få en överblick av ämnet och därmed undersöka hur forskningen ser ut idag. För att strukturera upp sökningen valdes inklusionskriterier. De slutgiltiga inklusionskriterierna var att välja artiklar med enbart vuxna deltagare. I sökningar som gjordes i Cinahl användes begränsningen Peer review. I en av sökningarna som gjordes i PubMed valdes det att begränsa sökningen till de senaste 10 åren. Anledning var att utan begränsningen gav sökningen nästan 200 träffar att gå igenom. Exkluderingskriterier var att inte välja artiklar vars patienter var så sjuka att det hade tagits beslutat att återupplivning inte skulle utföras vid ett hjärtstopp. Svensk Mesh användes för att säkerställa att sökorden var passande till syfte. Sökorden som användes i olika kombinationer var *cardiopulmonary resuscitation, family presence, nurs* experience, nurs* och nurs* attitude*.

De databaser som har använts i uppsatsen var PubMed och Cinahl. PubMed valdes för att få breda sökningar då databasen innehåller cirka 25 miljoner referenser till artiklar, därmed gav

databasen ett stort urval. Av Cinahls artiklar är 65 procent inriktade på omvårdnad, vilket är grunden i detta ämne (Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström, 2016). Sökningar gjordes i databasen då den är mer omvårdnadsinriktad än PubMed. Flertalet artiklar från Cinahl valdes bort på grund av att de undersökte sjukvårdspersonal och inte sjuksköterskor. Sökningar har dessutom gjorts i databasen Scopus men där framkom inte några nya träffar som passade syftet.

I söktabellen (Bilaga 2) skrevs inte dubletter av artiklarna upp som relevanta abstract och granskade artiklar. Det innebär alltså att artiklar som redan granskats i tidigare sökning inte skrevs med i de efterkommande sökningarna.

Dataanalys

Den analys som gjordes innan artikeln valdes, för att se om den passade till syftet, var att granska artikelns sammanfattning. Om sammanfattningen ansågs relevant granskades syfte, metod och resultat. I metodanalysen undersöktes det om deltagarna var sjuksköterskor. Slutligen granskades resultatet för att se att det motsvarade uppsatsens syfte samt att det var tydligt och begripligt. De valda artiklarnas kvalitet granskades därefter utifrån SBU:s granskningsmall för kvalitativ forskning (Statens beredskap för medicinsk utvärdering, 2014). Delarna i artiklarna som kvaliteten bedömdes på var problemformulering, syfte, eventuella teoretiska utgångspunkter, metoden, urvalet och resultatet (Friberg, 2017). Majoriteten av artiklarna har använt sig av enkäter medan några är intervjubaserade. Några få artiklar har använt sig av enkät men har också fått fram kvalitativa svar från deltagarna.

Den slutliga analysen av de valda artiklarna gjordes i flera steg och det utfördes genom att sammanfatta varje artikel. De olika åsikterna från resultaten staplades upp för att ge en tydlig överblick. Varje åsikt beskrevs i procent eller citat från respektive artikel. Därefter sammanställdes artiklarnas liknande resultat för att se likheter och skillnader mellan artiklarna. Därefter strukturerades de artiklar med liknande åsikter upp för att få en tydlig överblick. Artiklarna analyserades flera gånger för att säkerhetsställa att alla relevanta uppfattningar hade identifierats. Övergripande ämnen identifierades därefter vilket bidrog till ett tydligare resultat. För alla åsikter i övergripande ämnen formulerades en lämplig rubrik (Friberg, 2017).

Etisk granskning

För att ytterligare öka giltigheten hos artiklarna utfördes en etisk granskning där det kontrollerades om artiklarna hade ett etiskt godkännande, etiskt resonemang eller om tidskrifterna krävde ett etiskt förhållningssätt (Wallengren & Henricson, 2012). Dessutom gjordes en översiktlig bedömning om artiklarnas tillvägagångssätt var etiskt korrekt. Alla artiklars tillvägagångssätt bedömdes upprätthålla god etisk standard.

Resultat

Efter en grundlig granskning av 11 artiklar framkommer teman. Artiklarna kommer från Saudiarabien, Turkiet, Iran, Sverige, Norge, Storbritannien, Irland, Tyskland, och USA vilka speglar fler skilda åsikter om ämnet. De tre teman är: emotionell påverkan, arbetsklimatets påverkan och förutsättning för närståendes närvaro.

Emotionell påverkan

Sjuksköterskor tror att närvaro vid HLR inte nödvändigtvis bidrar till en positiv upplevelse. Det framkommer att närvarande vid återupplivning kan vara väldigt traumatiskt för de närstående (Al-Mutair, Plummer & Copnell 2012; Hassankhani, Zamanzadeh, Rahmani, Haririan & Porter, 2017; MacLean, Guzzetta, White, Fontaine, Eichhorn, Meyers & Désy, 2003; Walker, 2014). Närvaro vid HLR tros leda till långvarig emotionell påverkan eller till och med PTSD hos de närstående (Al-Mutair et al., 2012; Badir & Sepit, 2007; Günes & Zaybak, 2009; Hassankhani et al., 2017; Köberich, Kaltwasser, Torhaug & Albarran, 2010; Fulbrook, Albarran & Latour, 2005; MacLean et al., 2003; Walker, 2014). Dessutom upplevs närvaron leda till längre emotionell omställning (Axelsson et al., 2010; Badir et al., 2007; Fulbrook et al., 2005). Dock menar MacLean et al., (2003) att närstående kan gynnas av att närvara då sjuksköterskorna anser att närvaro ger emotionellt stöd till närstående. Vidare tror vissa av sjuksköterskorna att återupplivningen är för upprörande för närstående, därför ska de inte närvara (Axelsson et al., 2010; Badir et al., 2007; Fulbrook et al., 2005; Köberich et al., 2010). Det framgår dessutom att sjuksköterskorna inte anser att närstående bör närvara på grund av att det är en stressig situation för närstående (Badir et al., 2007; Günes et al., 2009). Samtidigt kan närvaron bidra till att underlätta sorgprocessen för närstående vilket deltagarna i vissa artiklar beskriver (Axelsson et al., 2010; Fulbrook et al., 2005; Günes et al., 2009; MacLean et al., 2003).

Närvaro vid HLR leder till att närstående tros vara mer accepterande till att avsluta återupplivningen. Närvaron gör även att de får känna närhet till patienten i deras sista stunden (Axelsson et al., 2010; Badir et al., 2007; Fulbrook et al., 2005; Hassankhani et al., 2017; Köberich et al., 2010). Närvaron bidrar också till att närstående kan vara delaktiga i beslut om den fortsatta vården i situationen (Fulbrook et al., 2005; Köberich et al., 2010; MacLean et al., 2003). Beslut som närstående är involverade i handlar om avslut av HLR (Köberich et al., 2010) och beslut om återupplivning (MacLean et al., 2003). Dessutom bidrar närvaron till att närstående ser att allt som kan göras för patienten utförs samt förhindrar dem från att få en felaktig bild av förloppet (Axelsson et al., 2010; Fulbrook et al., 2005; Günes et al., 2009; Hassankhani et al., 2017; Köberich et al., 2010; MacLean et al., 2003). I MacLean et al. (2003) och Walker (2014) tas det upp fördelar med närvaro vilket är att närvaron ger större förståelse för allvaret i situationen. Det finns delade åsikter om huruvida ett band formas mellan sjuksköterskan och närstående om de tillåts vara närvarande. Några tror att det skapar ett band (Axelsson et al., 2010; Fulbrook et al., 2005; Monks & Flynn, 2014; Walker, 2014) medan andra tror att det inte skapar ett band (Badir et al., 2007; Günes et al., 2009; Köberich et al., 2010). Sjuksköterskor anser att närståendes närvaro inte gynnar patienten (Badri et al., 2009; Fulbrook et al., 2005; Günes et al., 2009; Köberich et al., 2010; MacLean et al., 2003). Samtidigt som några sjuksköterskor anser att närstående inte ska vara involverade i beslut (Axelsson et al., 2010; Badir et al., 2007; Günes et al., 2009; Köberich et al., 2010). Dock tror en del sjuksköterskor att närstående kan ha kunskap eller information om patientens vilja som är viktig för personalen, vilket kan vara fördelaktigt i situationen (Köberich et al., 2010; Walker, 2014).

Arbetsklimatets påverkan

Åsikter framkommer om att det förväntade i situationen inte ska vara närvaro av närstående (Axelsson et al., 2010; Badir et al., 2007; Fulbrook et al., 2005; Günes et al., 2009; Köberich et al., 2010). Majoriteten av sjuksköterskorna anser att närstående som närvarar vid hjärt-lungräddning kan störa arbetet. Det finns risk att de hindrar arbetet och lägger sig i (Al-Mutair et al., 2012; Badir et al., 2007; Fulbrook et al., 2005; Günes et al., 2009; Hassankhani et al., 2017; Köberich et al., 2010; MacLean et al., 2003; Madden & Candon, 2007). Ytterligare störande moment som framkommer är att det finns risk att närstående blir aggressiva gentemot personalen och börjar argumentera (Axelsson et al., 2010; Fulbrook et al., 2005; Günes et al., 2009; Hassankhani et al., 2017; Köberich et al., 2010). Sjuksköterskorna menar till och med att personalen utsätts för fysiskt våld när närstående är närvarande (Hassankhani et al., 2017; Köberich et al., 2010). Närståendes närvaro kan även leda till koncentrationssvårigheter för personalen då närstående är distraherande (Al-Mutair et al., 2012; Fulbrook et al., 2005; Günes et al., 2009; Hassankhani et al., 2017; Köberich et al., 2010; MacLean et al., 2003; Walker, 2014). En sjuksköterska menar till och med att personalen haft sådana koncentrationssvårigheter att de glömt steg i processen (Hassankhani et al., 2017).

Andra åsikter som framkommer är att sämre självförtroende kan upplevas (Hassankhani et al., 2017; Monks et al., 2014; Walker et al., 2014). En majoritet av sjuksköterskorna tycker att närstående som närvarar under HLR bidrar till ökad stress (Hassankhani et al., 2017; Köberich et al., 2010; MacLean et al., 2003; Madden et al., 2007; Walker, 2014). Ytterligare åsikter som framkommer är att sjuksköterskor upplever situationen som oroväckande, obehaglig och obekvämt om närstående närvarar (Hassankhani et al., 2017; Köberich et al., 2010; MacLean et al., 2003; Monks et al., 2014). Sättet som sjuksköterskorna beskriver närståendes närvaro på reflekterar känslor av hög ångest (Monks, 2014). En del sjuksköterskor tror att personalen förlänger HLR-förloppet om närstående är närvarande (Axelsson et al., 2010; Badir et al., 2007; Fulbrook et al., 2005; Köberich et al., 2010). Majoriteten av sjuksköterskorna upplever att de riskerar att drabbas av juridisk påföljd när närstående är närvarande under HLR (Axelsson et al., 2010; Badir et al., 2007; Fulbrook et al., 2005; Günes et al., 2009; Köberich et al., 2010; MacLean et al., 2003; Madden et al., 2007; Walker, 2014). Åsikter finns även att sjuksköterskor inte vill ha närstående med då de riskerar att bli stämnda (Walker, 2014). Närståendes närvaro kan även riskera att bryta sjuksköterskans sekretess (Axelsson et al., 2010; Badir et al., 2007; Fulbrook et al., 2005; Günes et al., 2009; Köberich et al., 2010). Avslutningsvis poängterar Köberich et al. (2010) att närstående endast kan erbjudas att närvara om det finns resurser nog att möta deras fysiska och emotionella behov.

Förutsättningar för närståendes närvaro

Deltagarna i artiklarna beskriver att vid tillfällena när en närstående är med under HLR ska det alltid finnas en i personalen med som kan ge stöd (Axelsson et al., 2010; Badir et al., 2007; Fulbrook et al., 2005; Köberich et al., 2010; MacLean et al., 2003; Walker, 2014). Sjuksköterskorna tar dock upp att det inte finns tillräckligt med personal för att tillgodose detta behov (Axelsson et al., 2010; Badir et al., 2007; Fulbrook et al., 2005; Günes et al., 2009; Köberich et al., 2010; MacLean et al., 2003). Det framgår att det inte finns tillräckligt med utrymme på vårdavdelningarna till att låta närstående vara med under HLR processen (Axelsson et al., 2010; Badir et al., 2007; Fulbrook et al., 2005; Köberich et al., 2010; MacLean et al., 2003; Walker, 2014). Några sjuksköterskor säger också att närstående som närvarar kan assistera vid återupplivning om de är kapabla till det (Hassankhani et al., 2017; MacLean et al., 2003; Walker, 2014).

Det framkommer att nästan hälften av sjuksköterskorna föredrar att inte låta närstående närvara under återupplivning (Al-Mutair et al., 2012; Axelsson et al., 2010; Badir et al., 2007; Fulbrook et al., 2005; Köberich et al., 2010). Några av deltagarna vill ha riktlinjer eller kunna erbjuda närvaro vid HLR även utan att riktlinjer implementeras på avdelningar (Al-Mutair et al., 2012; MacLean et al., 2003; Madden et al., 2007). Vårt att poängtera är att 96,6 procent av sjuksköterskorna tycker att personalen bör få större förståelse och kunskap om fördelarna med närvaro för närstående vid hjärt-lungräddning (Madden et al., 2007). Några sjuksköterskor påpekar att det i den akuta situationen vid ett hjärtstillestånd inte alltid går att respektera närståendes autonomitet. För att kunna lägga allt fokus på att rädda patienten tas därför närstående ut (Walker, 2014).

Diskussion

Vägledning i hur metod- och resultatdiskussion skulle utformas baserades på Friberg (2017) och Henricson (2012).

Metoddiskussion

Eftersom intresset för ämnet väcktes på verksamhetsförlagd utbildning krävdes det en reflektion över den egna förståelsen av ämnet. En av oss hade erfarenhet av situationen vilket krävde större medvetande angående tidigare kunskap. Åsikterna har därmed diskuterats för att förhindra att tidigare erfarenheter påverkade analysen. Modersmålet var svenska vilket blev problematiskt då artiklar som resultatet var baserat på var skrivna på engelska. Språkskillnader kan påverka tolkningen av artiklar och översättningen från engelska till svenska. Översättningar som gjorts har grundats i sammanhanget av texten och tillgängliga översättningar. Det fanns ett stort bortfall av deltagare i en del av artiklarna som använt enkäter (Al-Mutair et al., 2012; Badir et al., 2007; Köberich et al., 2010; MacLean et al., 2003; Madden et al., 2007). Dessutom hade tre av artiklar ett bortfall av deltagare på ca. 50 procent (Axelsson et al., 2010; Fulbrook et al., 2005; Günes et al., 2009). Det ifrågasatte om den valda metoden var lämplig till studiernas forskning. I urvalet utfördes en noggrann analys av om deltagarna i artiklarna var sjuksköterskor. I de fall både sjuksköterskor och läkare deltagit kontrollerades det att resultatet som användes var sjuksköterskornas åsikter. I de fall där det var otydligt gjordes en djupare analys för att säkerhetsställa att deltagarna hade en motsvarande sjuksköterskeutbildning. Inkluderingskriterier som användes var att endast inkludera vuxna. Anledningen till att HLR på barn valdes bort grundades i att det kunde tänkas vara andra regler och förhållningssätt i de fallen. Artiklar i datainsamlingen, vars abstrakt passade till syftet men inte kunde läsas i fulltext, valdes bort vilket innebar att värdefull information till resultatet kan ha gått förlorat. I sökningarna som utfördes användes trunkering på sökordet nurs*. Detta för att få med både nurse, nurses och nursing i sökningarna.

Efter att artiklar som ansågs passa syftet valts granskades dessa utifrån SBU:s granskningsmall (Statens beredskap för medicinsk utvärdering, 2014). Mallen valdes då den använts tidigare under utbildningen och därmed kunde den användas på ett adekvat sätt. I kvalitetsgranskningen kontrollerades det om artiklarna hade ett tydligt etiskt godkännande vilket sex artiklar hade. Däremot hade två artiklar ett etiskt resonemang eller hade arbetat utifrån internationella riktlinjer som till exempel Helsingforsdeklarationen. Därmed hade tre artiklar inget etiskt godkännande. I de fallen det inte fanns ett tydligt etiskt godkännande kontrollerades det om tidskrifterna hade ett etiskt krav vilket de hade. I Fulbrook et al. (2005) var det svårt att utläsa vilka länder som deltog i studien. Endast sju länder namngavs medan

de åtta resterande länderna inte namngavs. Det ansågs påverka kvaliteten. Kvalitetsgranskningen utfördes gemensamt vilket sänkte reliabiliteten något enligt Henricson (2012). Alla artiklar hade hög eller medelhög kvalitet utifrån kvalitetsgranskningen. Det innebar att resultatet med stor sannolikhet var giltigt.

Dataanalysen gjordes i flera steg vilket bidrog till att säkerställa att analysen blev korrekt, på grund av att det minskar risken för att något viktigt missas. Dessutom gav detta en tydlig överblick över de olika åsikterna. Här visades det att flertalet artiklar hade liknande åsikter vilket gav högre reliabilitet (Gunnarsson & Billhult, 2012). I granskningen av artiklarnas mätinstrument framgick det att tre artiklar hade använt en enkät som Fulbrook et al. (2005) har skapat (Badir et al., 2007; Günes et al., 2009; Köberich et al., 2010). Det sågs som en styrka då fyra artiklar har ställt samma frågor. Fördelen med att ha samma enkät var att de fyra artiklarna då har haft samma utgångspunkt. Resultatet lästes av kurskamrater vilket bidrog till uppsatsens kvalitet och säkerställde att uppsatsen var förståelig. Uppsatsens trovärdighet stärktes av att resultat hade analyserats enskilt upprepade gånger. Analyserna jämfördes sedan och sammanfattades till ett pålitligt resultat. Tre av artiklar hade en kvalitativ metod, två hade både kvalitativ och kvantitativ metod och sex hade en kvantitativ metod. I och med att ämnesområdet till stor del handlade om åsikter och känslor ansågs kvalitativa studier vara att föredra. Anledningen till att majoriteten av de valda artiklarna var kvantitativa var på grund av att kvalitativ forskning om sjuksköterskors erfarenhet fanns i mindre utsträckning. Artiklarna som valdes kom från flera olika länder i världen med olika kulturer. Det kunde medföra svårigheter att tillämpa resultatet till Sverige. Dock framgick det att problemet var aktuellt över hela världen. Det tydde på att problemet var uppmärksammat samt att forskning pågår.

Om arbetet skulle gjorts igen hade kvalitetsgranskningen utförts enskilt för att sedan jämföras. Det fanns en möjlighet att bedömningen kunde ha blivit annorlunda med två separata kvalitetsbedömningar och lett till en diskussion om artiklarnas kvalitet. Fler sökningar i databaserna hade kunnat bidra till fler aktuella artiklar som kan tänkas ha missats i arbetet. Det kan även tänkas att fler artiklar kunde uppkommit vid användning av ytterligare sökord och andra kombinationer än de som användes. Samtidigt upplevdes det att det fanns en bra grund för ett resultat med de artiklar som redan hittats. Dessutom ansågs det att ytterligare sökord riskerade att göra så sökningarna hamnade för långt från syftet. Skulle uppsatsen utföras igen hade en intervjustudie som alternativ till en litteraturöversikt kunnat vara fördelaktig för att få fram sjuksköterskors upplevelse av att ha närstående närvarande under HLR. Den valda metoden ansågs dock svara på syftet då flera artiklar hade kvalitativ ansats samt att sjuksköterskornas erfarenheter och upplevelser tydligt framgick i de kvantitativa artiklarna.

Resultatdiskussion

Resultatet speglade att sjuksköterskors erfarenhet och uppfattning av att låta närstående närvara vid HLR, till stor del, var negativ. Detta stämmer inte överens med vad European nursing organization föreslår (Moons & Norekvål, 2008). Där framgår det att närstående har rätt till att närvara vid hjärt-lungräddning och att familjemedlemmar ska bli erbjudna att närvara i dessa situationer. En konsekvens som framkom i majoriteten av artiklarna var att närståendes emotionella hälsa påverkades. Det framgick även att det var mycket traumatiskt och kunde ge PTSD. I Jabre et al. (2013) framgick det att närstående som blivit förberedda på att närvara vid HLR fick mindre PTSD än de som inte blivit förberedda. I samma studie visades det vid en uppföljning inom tre månader att närstående fick PTSD i mindre utsträckning om de varit närvarande jämfört med de som inte fått närvara. Resultatet visade

också på att sjuksköterskor trodde att det var för traumatisk för närstående att vara med, vilket stöds av Egging et al. (2009), Offord (1998) samt Wacht, Dopelt, Snir och Davidovitch (2010). Det fanns en viss risk att det är upprörande för närstående att se HLR men kan också hjälpa dem att hantera bortgången av patienten. Det fanns dock andra uppgifter som uppger att närstående inte ville riskera att närvara för risken att inte kunna hantera patientens bortgång (Weslien, Nilstun, Lundqvist & Fridlund, 2006). Sjuksköterskans uppfattning var att det inte var gynnsamt för arbetsklimatet att låta närstående vara med. Det framgick att många sjuksköterskor var rädda för att närvaron skulle leda till en större risk för stämning eller juridiska påföljder. Åsikten stöds å ena sidan av Egging et al. (2009) som också menade att det fanns ökad risk för juridisk påföljd om närstående närvarade vid återupplivning. Å andra sidan menades det i en annan artikel att det inte fanns bevis för ökad juridisk påföljd om närstående var närvarande vid HLR (Halm, 2005).

Vidare beskrevs det att sjuksköterskors erfarenhet var att närstående kunde bli aggressiva samt till och med fysiskt attackera personalen. Detta stärktes av annan litteratur som visade att personalen tyckte att teamet skulle stärkas med en vakt eller extra personal för att kunna tillgodose personalens säkerhet (Wacht et al., 2010). Annan personal berättade också att de blivit utsatta för hot eller varit rädda för sin egen säkerhet (Compton, Madgy, Goldstein, Sandhu, Dunne & Swor, 2005). Ytterligare litteratur bekräftade att det fanns risk för fysiskt våld och personalens säkerhet kunde inte garanteras (Halm, 2005). Om detta skedde ansågs det att personalen borde ha auktoriteten att be närstående gå ut. Detta för att personalens säkerhet alltid borde komma först. Även om det var mycket negativa uppfattningar från sjuksköterskorna så framkom det i resultatet även några positiva. Framförallt var närvaron bra då närstående fick se att allt som kunde göras för patienten också utfördes vilket hindrade dem från en felaktig bild.

Sjuksköterskorna i artiklar som granskats förde även fram att personalbrist bidrog till att närstående inte kunde omhändertas. Det bekräftas av Halm (2005), Offord (1998) och Wacht et al. (2010) som också fann att det inte fanns tillräckligt med personal för att kunna stötta närstående. Resultatet visade även på att sjuksköterskorna inte ansåg att det fanns tillräckligt med plats för att kunna låta närstående närvara. Även Weslien et al. (2006), Wacht et al. (2010) och Sandford et al. (2002) fann att det var för lite plats. I Bradley et al. (2017) framgick patienternas åsikt om att ha med sina närstående under hjärt-lungräddning. Dessutom visade Weslien et al. (2006) vad närstående tror att patienterna tyckte om närståendes närvaro. Båda artiklarna fann att patienterna skulle vilja ha närstående närvarande så att de kunde se att allt som kunde göras blev utfört. Det beskrevs dock att patienterna inte ville att närstående skulle närvara då de var rädda att det skulle vara för upprörande för närstående.

Familjecentrerad omvårdnad handlar om att familjen ska ses som en helhet (Benzein et al., 2017a). I och med att patienten är medvetslös i situationen blir sjuksköterskans fokus på dialog med närstående. Utifrån familjecentrerad omvårdnad ska närstående få vara närvarande under återupplivning om de vill. Detta blev svårt då sjuksköterskorna hade en negativ inställning samt att det skapade problem för personalen. Till exempel uppgav många att de fick koncentrationssvårigheter eller att närstående var i vägen. Utifrån resultatet kan det antas att sjuksköterskor försöker skydda närstående i situationer med återupplivning. Många uppfattade situationen som upprörande eller traumatiskt för närstående och ville därför inte låta dem vara med. Sjuksköterskans åsikt om att inte vilja ha med närstående grundade sig därmed inte i illvilja utan i en välvilja för närståendes välmående. Värt att poängtera var dock att tidigare forskning visade på att det inte var så traumatiskt för närstående som

sjuksköterskorna verkade tro (Halm, 2005). Sjuksköterskans rädsla för att bryta patientens sekretess gjorde det även svårt att arbeta utifrån ett familjecentrerat sätt. Därför att samtidigt som patientens integritet skulle bibehållas kunde närstående ha ansett sig ha rätt till att få vara närvarande vid hjärt-lungräddning. Det skapade även svårigheter om sjuksköterskan inte hade information om hur god relation patienten och närstående hade. Sjuksköterskan ökade då risken för att bryta sekretessen om något sades under återupplivningen som patienten inte ville att närstående skulle veta. Ytterligare ett hinder för att upprätthålla familjecentrerad omvårdnad var om närstående var aggressiva mot personalen. Om närstående störde vården och måste eskorteras ut bidrog även det till att vården inte inkluderade familjen. I Walker (2014) uttryckte sjuksköterskorna att närstående visades ut vid HLR trots att de inte var störande. Det var för att personalen behövde fokusera på patienten och inte hade tid att lägga stort fokus på närstående. Den inställningen stämde inte överens med familjecentrerad omvårdnad då närstående hade rätt till delaktighet.

Resultatets negativa syn på närståendes närvaro riskerade att bryta mot den etiska principen om autonomitet. Denna princip menar på att alla människor har rätt att bestämma över sig själv och sitt liv. Det är varje människas skyldighet att respektera andras autonomitet (Sandman & Kjellström, 2013). Principen riskerades att brytas i situationer med återupplivning då närståendes integritet och självbestämmande inte bemöttes och togs hänsyn till. Tidigare beskrevs det att sjuksköterskor ska respektera patienten såväl som närståendes självbestämmande och vilja. Om närstående ville vara med skulle sjuksköterskan respektera detta utifrån självbestämmande. Det kunde skapa en konflikt om sjuksköterskan inte ville att de skulle vara med. I de fall där närstående närvarar ska sjuksköterskan ge trygghet och stöd (Öresland & Lützén, 2014). Detta blir problematiskt då resultatet visade att det inte fanns tillräckligt med personal för att ge adekvat stöd till närstående. Enligt Svenska läkaresällskapet (2013), Svensk sjuksköterskeförening (2013) och Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2013) skulle närstående endast närvara om det inte påverkade vården negativt. Utifrån resultatet visades det att det fanns flera negativa uppfattningar då det inträffade situationer där närstående attackerade personalen. Det bidrog till att arbetet och koncentrationen påverkades vilket i sin tur kunde påverka patientens förutsättningar för överlevnad. Start av HLR kan fördröjas om sjuksköterskan i situationen måste säkerställa närståendes vilja om att närvara och inte direkt kan starta med kompressioner. Detta kan leda till svåra konsekvenser då organen i kroppen får syrebrist under hjärtstopp (Svenska hjärt-lungräddningsregistret, 2018).

Resultatet kan implementeras i den kliniska vården genom att det ger vägledning för riktlinjer nationellt. Detta då vården ska vara likvärdig över hela landet. Dessutom framhävde resultatet att det tydligare behövdes definieras hur situationen skulle hanteras praktiskt oavsett om närstående skulle vara med eller inte. Det är av vikt att sjuksköterskor och all vårdpersonal bör veta hur situationen ska hanteras. Riktlinjer uppmärksammar även att personalen blir medveten om att närstående kan vilja vara med under HLR. Dessutom vägleder resultatet till att en diskussion om närståendes närvaro inom personalgruppen på avdelningarna bör hållas i större utsträckning. Detta bidrar till att personalens åsikter till situationen uppkommer och kan förhindra konflikt inom teamet. Resultatet bidrar även till att en diskussion om inställningen till att närvara bör tas med närstående oftare, innan situationen uppstår.

Eftersom resultatet baserades på artiklar från hela världen uppkom flertalet kulturella skillnader. Exempelvis framkom det att flera länder hade en mer negativ uppfattning om närståendes närvaro än andra länder. Europeiska länder hade i större utsträckning en mer neutral eller positiv inställning till situationen. Det framgick att religion kunde vara en faktor,

till exempel kunde det i vissa religioner anses vara ohälsosamt att röra vid döda eller döende vilket kunde förklara varför närståendes närvaro inte var implementerat (Al-Mutair et al., 2012). I de artiklar som fann att sjuksköterskor till stor del motsatte sig närvaro av närstående vid HLR, var det få sjuksköterskor som hade erfarenhet av att ha närstående närvarande vid återupplivning (Badir et al., 2007; Günes et al., 2009). Det kunde bero på att personalen inte hade kunskap om situationen eller fick utbildning om vad det innebar. Dessa faktorer kunde bidra till att sjuksköterskor inte fick erfarenhet av att närstående närvarar vilket även det kunde påverka inställningen till att implementera närståendes närvaro. Flera av frågorna som resultatet var baserat på var negativt formulerade i enkäterna. Det tydde på att frågor som hade en låg procent trots allt kunde vara positiva. Exempel från Al-Mutair et al. (2012) var att 1,5 procent höll med om att det var fördelaktigt för patienten. Det innebar att 98,5 procent inte höll med eller hade någon åsikt om frågan. Hade frågorna varit formulerade neutralt hade det kunnat ge ett annat resultat.

I och med att det var svårt att få fram kvalitativa artiklar inom ämnesområdet ansågs det varit värdefullt om fler intervjustudier hade gjorts. Det hade bidragit till en djupare insikt och bättre förståelse för sjuksköterskors perspektiv. Det hade dessutom gjort så att det fanns mer beskrivande åsikter om återupplivning med närstående närvarande. Studier som fokuserade på sjuksköterskans psykiska mående i situationer där närstående närvarar hade varit värdefullt att inkludera. Det behövs därmed vidare forskning i hur närvaron påverkar sjuksköterskans mående. Det behövs också fler studier som fördjupar sig i hur sjuksköterskans arbete påverkas, exempelvis läkemedelshantering och svårigheter att behålla ett professionellt bemötande. Det har framkommit att få riktlinjer fanns implementerade inom vården. Avsaknaden av riktlinjer kunde potentiellt bidra till konflikt inom teamet. Detta eftersom varje person i teamet kunde tänkas ha olika åsikter om frågan. Riktlinjer skulle kunna bidra till att sjukvårdspersonal kan informera närstående om att de eventuellt får vara med under HLR eller inte. Riktlinjer leder även till att patienter och närstående på en avdelning med riktlinjer får likvärdig vård då all personal är överens.

Slutsats

Med hjälp av denna litteraturöversikt förs många negativa åsikter och oro från sjuksköterskors perspektiv fram om närståendes närvaro vid återupplivning. Det framkommer att sjuksköterskans uppfattningar och erfarenheter visar på en påverkan på deras arbete såväl som närståendes emotionella välmående. Uppsatsen vägleder till att riktlinjer bör utformas och diskussion inom personalen bör hållas. Samtidigt behövs det ytterligare kvalitativ forskning om hur närvaron påverkar sjuksköterskornas välmående och arbete.

Även om uppsatsen för fram värdefulla åsikter är det inte tillräckligt för att leda till evidens om hur närstående ska hanteras under återupplivning. Framförallt inte då uppfattningen av att närståendes närvaro är starkt kopplad till kultur och därmed varierar mellan länder. Avslutningsvis bidrar förhoppningsvis uppsatsen till att sjuksköterskan har reflekterat över sin inställning fram till den dag en patient får ett hjärtstillestånd och dennes närstående är närvarande.

Referenslista

- Al-Mutair, A., 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](https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2011.00479.x)
- Axelsson, Å., Fridlund, B., Moons, P., Mårtensson, J., Op 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](https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.10.001)
- Badir, A., & Sepit, D. (2007). Family presence during CPR: A study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 83-92. doi:[10.1016/j.ijnurstu.2005.11.023](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.023)
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2017a). Teoretiska utgångspunkter för familjefokuserad omvårdnad. I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 33-51). Lund: Studentlitteratur AB.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman B-I. (2017b). 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 AB.
- Bradley, C., Keithline, M., Petrocelli, M., Scanlon, M., & Parkosewish, J (2017). Perceptions of adult hospitalized patients on family presence during cardiopulmonary resuscitation. *American association of critical- care nurses*, 36(2), 103-110. doi:<https://doi.org/10.4037/ajcc2017550>
- Compton, S., Madgy, A., Goldstein, M., Sandhu, J., Dunne, R., & Swor, R. (2006). Emergency medical service providers' experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*, 70(2), 223-228. doi:[10.1016/j.resuscitation.2005.12.012](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2005.12.012)
- Doolin, C., Quinn, L., Bryant, L., Lyons, A., & Kleinpell, R. (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](https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00569.x)
- Egging, D., Crowley, M., Arruda, T., Proehl, J., Walker-Cillo, G., Papa, A., . . . Bokholdt, M.L. (2011). Emergency Nursing Resource: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 37(5), 469-473. doi:[10.1016/j.jen.2011.04.012](https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.04.012)
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141-152). Lund: Studentlitteratur AB.
- Fullbrook, P., Albarran, J.W., & Latour, J.M. (2005). A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary

resuscitation. *International Journal of Nursing Studies*, 42(5), 557-568.
doi:[10.1016/j.ijnurstu.2004.09.012](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.012)

Güneş, Ü., & 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](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02826.x)

Gunnarsson, R., & Billhult, A. (2012) Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från ide till examination i omvårdnad* (s. 151-160). Lund: Studentlitteratur AB.

Halm, M.A. (2005). Family presence during resuscitation: A critical review of the literature. (CE Article). *American Journal of Critical Care*, 14(6), 494-511.

Hassankhani, H., Zamanzadeh, V., Rahmani, A., Haririan, H., & Porter, J. (2017). Family Presence During Resuscitation: A Double-Edged Sword. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(2), 127-134. doi:[10.1111/jnu.12273](https://doi.org/10.1111/jnu.12273)

Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet- synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder- perspektiv och förhållningssätt* (s. 361 - 382). Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från ide till examination i omvårdnad* (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur AB.

Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Vertrand, L., Lapostolle, F., ... Adnet, F. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *The new england journal of medicine*, 368(11), 1008-1018. doi:[10.1056/NEJMoa1203366](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1203366)

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](https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00405.x).

MacLean, S., Guzzetta, C., White, C., Fontaine, D., Eichhorn, D., Meyers, T., & Désy, P. (2003). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: Practices of critical care and emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 29(3), 208-221. doi:[10.1067/men.2003.100](https://doi.org/10.1067/men.2003.100)

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](https://doi.org/10.1016/j.jen.2007.06.024)

Martinell, L., Nielsen, N., Herlitz, J., Karlsson, T., Horn, J., Wise, M., ... Rylander, C. (2017). Early predictors of poor outcome after out-of-hospital cardiac arrest. *Critical care*, 21(1), doi:<https://doi.org/10.1186/s13054-017-1677-2>

Masa'Deh, R., Saifan, A., Timmons, S., & Nairn, 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](https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p72)

McCance, T., & McCormack, B. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 81-110). Stockholm: Liber AB.

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:<http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.04.006>

Moons, P., & Norekvål, T. (2008). European Nursing Organizations Stand Up for Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation: A Joint Position Statement. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 23(3), 136-139.

Offord, R. (1998). Should relatives of patients with cardiac arrest be invited to be present during cardiopulmonary resuscitation? *Intensive & Critical Care Nursing*, 14(6), 288-293. doi:[https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(98\)80690-3](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(98)80690-3)

Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Scherwood, P. R., & Kvist, T. (2018). Preferences of patients' family regarding family-witnessed cardiopulmonary resuscitation: A qualitative perspective of intensive care patients' family members. *Intensive & Critical care nursing*, doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.001>

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken - Etik för vårdande yrke*. Lund: Studentlitteratur AB.

Sanford, M., Pugh, D., & Warren, N. A. (2002). Family presence during CPR: New decision in the twenty-first century. *Critical-care nurse*, 25(2), 61-66.

Statens beredskap för medicinsk utvärdering. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Hämtad 2018-10-15, från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Svenska hjärt-lungfonden. (2017). *Plötsligt hjärtstopp-en temaskrift om vad som när hjärtat stannar*. Hämtad 2018-10-18, från https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Hjartstopp_2017_lowres.pdf

Svensk hjärt-lungräddningsregistret. (2018). *Svenska hjärt-lungräddningsregistrets årsrapport 2018*. Hämtad 2018-10-19, från <http://hlrr.se/ihca.html>

Svenska läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2013). *Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR)*. Hämtad 2018-10-18, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/hjart.och.lung.raddning.riktlinjer_2013.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2018-10-18, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2018-10-18, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk->

[sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf](https://www.sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 2018-10-18, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Toronto, C., & Larocco, S. (2018). Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.14649>

Wacht, O., Dopelt, K., Snir, Y., & Davidovitch, N. (2010). Attitudes of emergency department staff toward family presence during resuscitation. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, 12(6), 366-70.

Waldemar, A., & Thylen, I. (2018). Health care professions' experiences and attitudes towards family-witnessed resuscitation: A cross-sectional study. *International emergency nursing*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.05.009>

Wallengen, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur AB.

Walker, W. (2014). Emergency care staff experiences of lay presence during adult cardiopulmonary resuscitation: A phenomenological study. *Emergency Medicine Journal*, 31(6), 453-458. doi:[10.1136/emered](https://doi.org/10.1136/emered)

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](https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.08.002)

Wikström, G., & Dahlström, U. (2010). Chock. I U. Dahlström, L. Jonasson & F. Nyström (Red.), *Kardiologisk medicin* (s. 259-267). Stockholm: Liber AB.

Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder - hälsa och ohälsa* (s. 37-50). Lund: Studentlitteratur AB.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad- en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Öresland, S., & Lützén, K. (2014). Etiska stigar och moraliska vandringar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder- perspektiv och förhållningssätt* (s. 419-436). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1-Artikelöversikt

Artikels namn Författare Publiceringsår Land	Syfte	Material och metod	Resultat	Kvalitet enligt SBU:s granskningsmall
Family presence during resuscitation: A descriptive study of nurses' attitudes from two Saudi hospitals. Al- Mutair et al. 2012 Saudiarabien	Identifiera attityder sjuksköterskor gentemot närstående närvaro under HLR.	Kvantitativ artikel genom en enkätstudie om attityder till närstående närvarande. Den skickades till sjuksköterskor på 2 olika sjukhus. 132 av 280 enkäter lämnades in.	Majoriteten tror att det kommer vara traumatisk för familjerna. De beskrev att det finns risk för att de avbryter återupplivningsarbetet.	Hög
European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room. Axelsson et al. 2010 Europa (Stor Britannien, Irland, Sverige & Norge	Undersöka kardiologi-sjuksköterskor erfarenheter och attityder mot närstående närvaro under återupplivning av vuxna patienter.	Kvantitativ metod En enkät med frågor som undersöker erfarenheter och attityder till närstående närvaro vid HLR delades ut till sjuksköterskor som närvarade vid olika konferenser. 411 av 820 enkäter blev besvarade.	Häftan tycker inte att närvaro vid HLR ska vara standard. Deltagarna ansåg fördel med att närvaro kan bidra till att närstående inte får en felaktig bild av förloppet.	Medel Det finns inget etisk godkännande men det finns ett resonemang kring etik.
Family presence during CPR: A study of experiences and opinions of Turkish critical care nurses'. Badir et al. 2007 Turkiet	Undersöka erfarenheter och åsikter hos turkiska intensivvårds-sjuksköterskor kring närstående närvaro under HLR.	Kvantitativ metod där en enkät om erfarenheter och åsikter kring närstående närvaro. skickades ut till 409 sjuksköterskor på 10 olika sjukhus. Av dem svarade 278 st.	En stor del tycker inte att det är nödvändigt att bjuda in närstående eller involvera dem i beslut. Många tror att det kommer orsaka stress hos personalen samt negativ långvarig effekt på familjen.	Hög
A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardio pulmonary resuscitation Fulbrook et al. 2005 Stor Britannien, Sverige, Danmark, Norge, Frankrike, Nederländerna & Tyskland (samt 8	Besvara följande frågor kring erfarenheterna och attityder hos europeiska intensivvårds-sjuksköterskor till närvaro av familjemedlemmar vid HLR på en vuxen anhörig?	Kvantitativ artikel där en enkät om erfarenheter av familjenärvaro sam deras attityder till det delades ut till alla deltagare på en konferens. 124 av 235 enkäter besvarades.	Nästan hälften tycker att närstående inte ska få vara med, medan en tredjedel tycker att de ska bli erbjudna möjligheten. En majoritet tror att det kan påverka teamets arbete.	Medel Inget tydligt etiskt resonemang.

europiska länder som inte namnges)				
A study of Turkish critical care nurses' perspectives regarding family-witnessed resuscitation. Günes et al. 2009 Turkiet	Undersöka erfarenheter och attityder hos turkiska intensivvårdssjuksköterskor om familjenärvaro under HLR.	Kvantitativ artikel där en beskrivande enkät kring attityd inom beslutstagande, process och resultat av återupplivning. 135 av 255 besvarande enkäten.	Majoriteten tycker inte att de alltid ska bli erbjudna att vara med. Detta på grund av trauma för närstående, påverkan på arbetet och juridiska påföljder.	Hög
Family presence during resuscitation: A Double-Edged Sword. Hassankhani et al. 2017 Iran	Framföra meningen av erfarenheter av återupplivning vid närvaro av närstående under HLR i kulturella sammanhang.	Kvalitativ metod genom semistrukturerade intervjuer med 12 sjuksköterskor och 9 läkare kring erfarenheter och påverkan av närstående närvarande vid HLR.	Två stora teman och tio subteman formades. Dessa bestod av bland annat störande moment, argumentation inom teamet, stödjande närvaro och ökad tillfredsställelse inom familjen.	Hög
Family-witnessed resuscitation-experience and attitudes of German intensive care nurses' Köberich et al. 2010 Tyskland	Undersöka tyska intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet och attityder gentemot närståendenärvaro under HLR.	Kvantitativ & kvalitativ metod där en enkätstudie kring attityder till närståendes närvaro. Enkäten gavs till 394 sjuksköterskor som deltog i en konferens. 166 besvarade enkäten.	Majoriteten tycker inte att närstående ska ha valmöjligheten att vara med. Drygt hälften tror att det kan påverka arbetet om närstående är med. Det framgår utifrån citat att det finns risk för våldsamt.	Hög
Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation and Invasive Procedures: Practises of Critical Care and Emergency Nurses' MacLean et al. 2003 USA	Identifiera policys, preferenser och arbete av intensiv- och akutvårdssjuksköterskor av att ha patienters närstående närvaro vid återupplivning och avancerade undersökningar.	Kvantitativ & kvalitativ metod då en enkät mailades slumpmässigt till 3000 sjuksköterskor inom akut- och intensivvård. 984 enkäter blev besvarade.	Det framkommer att vara närstående som är närvarande kan hjälpa till vid beslut om patienten och ger större förståelse av vad som händer. Dock ökar det bland annat risken för stämning.	Medel Inget tydligt etiskt godkännande framgår.
Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during CPR. Madden et al. 2007 Irland	Undersöka akut-sjuksköterskors nuvarande arbete och förståelse kring närståendenärvaro vid HLR på en akutmottagning.	Kvantitativ artikel där en enkät skickades till sjuksköterskor som jobbar på en akutmottagning. 90 av 100 enkäter besvarades.	Majoriteten tillät familjen att vara närvarande vid HLR. Den största faktorn emot närståendenärvaro var att det kan orsaka konflikter mellan personalen.	Hög
Care, compassion and competence in critical care: A	Vill få insikt i sjuksköterskors upplevelse av	Kvalitativ artikel som använde semistrukturerade	Tre övergripande teman framkom.	Hög

<p>qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitation Monks et al. 2014 Storbritannien</p>	<p>familjenärvaro vid återupplivning och identifiera användning av det vid intensivvård.</p>	<p>intervjuer med sex intensivvårds-sjuksköterskor.</p>	<p>1. Påverkan på professionellt självförtroende 2. Möjlighet att skapa band 3. Göra situationen mer human.</p>	
<p>Emergency care staff experiences of lay presence during adult cardiopulmonary resuscitation: a phenomenological study Walker 2014 Storbritannien</p>	<p>Utforska upplevelser av utomstående vid vuxen HLR på sjukhus och utanför.</p>	<p>Kvalitativ metod där semistrukturerade intervjuer gjordes med åtta ambulanspersonal och 12 sjuksköterskor.</p>	<p>Det framgår att personalen ska respektera de utomståendes vilja. Närvaron bidrar även till ökad stress och det finns inte tid till att stödja utomstående.</p>	<p>Medel Saknar etiskt godkännande.</p>

Bilaga 2-Söktabell

PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2018-10-16	cardiopulmonary resuscitation AND nurs* experince AND family presence	Adult: 19+ years	20 st	12 st	7 st	Madden et al. (2007) Axelsson et al. (2010) Köberich et al. (2010)
2018-10-16	cardiopulmonary resuscitation AND family presence	Adult :19+ years	96 st	19 st	14 st	Walker (2014) MacLean et al. (2003) Hassankhani et al. (2017) Günes et al. (2009) Al-Mutair et al. (2012)
2018-10-16	cardiopulmonary resuscitation AND nurs* attitude	Adult: 19+ years Published 10 years	88 st	6 st	2 st	Monks et al. (2014)

Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2018-10-16	cardiopulmonary resuscitation AND family presence	Peer review All adult	16 st	8 st	6 st	Badir et al. (2007) Fulbrook et al. (2005)