

**ANHÖRIGAS UPPLEVELSE AV ATT NÄRVARA VID HJÄRT- OCH
LUNGRÄDDNING**
- En litteraturstudie

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 30 Oktober 2017

Kurs: K48

Författare: Eric Berglund

Författare: Niklas Cannrox

Handledare: Ulla Tunedal

Examinator: Karin Bergkvist

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Hjärtat har en essentiell roll i upprätthållandet i liv, vid ett hjärtstopp så försvinner också kroppens förmåga att upprätthålla funktioner förenliga med liv. Sjuksköterskans arbete innebär att påbörja hjärt- och lungräddning, men även att se till de anhörigas bästa och patientens önskemål.

Syfte

Syftet var att beskriva anhörigas upplevelser av att närvara vid hjärt- och lungräddning.

Metod

Föreliggande studie är en icke-systematisk litteraturöversikt. Totalt 15 artiklar har analyserats, kvalitativa såväl som kvantitativa. Dessa artiklar har analyserats genom integrerad analys och hämtats från PubMed och CINAHL.

Resultat

Resultatet visade på att upplevelsen av att närvara under hjärt- och lungräddning är stressfullt för de anhöriga. Valet om att få närvara och ta ställning till alternativet själv var en viktig faktor för sorgeprocessen, även för symtom på eventuell posttraumatiskt stressyndrom och hur man mindes händelsen i efterhand

Slutsats

Anhörigas upplevelse av att närvara vid HLR uppges vara stressfullt av de som närvarar, det finns en osäkerhet på vilken roll man själv har som anhörig vilket skapar ytterligare ett stressmoment. Oavsett om man vill närvara eller ej vid pågående HLR, så önskar den anhöriga att få frågan huruvida man vill närvara eller inte. Den psykiska påverkan som kan uppstå på den anhöriga kan variera beroende på på personligheten och tidigare traumatiserande erfarenheter som den anhöriga upplevt. Att vara närvarande under ett återupplivningsförsök på eller utanför ett sjukhus som misslyckats är associerat med symtom beträffande PTSD, ångest, depression och ökat stresspåslag.

Nyckelord: Anhöriga, hjärtstopp, hjärt- och lungräddning, upplevelse, närvaro

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtats funktion	1
Hjärtstopp	1
Hjärt- och lungräddning	2
Sjuksköterskans professionella ansvar	3
Anhöriga	4
Anhörigas närvaro vid pågående hjärt- och lungräddning	4
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	6
Val av Metod	6
Urval	6
Datainsamling	7
Manuella sökningar	9
Databearbetning	9
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	9
RESULTAT	10
Anhörigas upplevelser av att närvara vid HLR	10
Faktorer som påverkar valet att närvara vid HLR	11
Den psykiska påverkan av att närvara vid HLR	11
DISKUSSION	12
Resultatdiskussion	12
Metoddiskussion	14
Slutsats	16
REFERENSER	17
BILAGA A	
BILAGA B	

INLEDNING

Hjärtstopp är inte bara någonting som drabbar patienten utan kan också påverka de anhöriga till patienten. Sjukvårdspersonal har ett tydligt ansvar i ett hjärtstopp och det är att initiera hjärt- och lungräddning (HLR) för att upprätthålla den basala kroppsegna funktionen förenad med fortsatt liv och förutsättningar för fortsatta åtgärder. Anhöriga står sällan i fokus vid ett hjärtstopp och kan lätt förbises. Hur de anhöriga upplever att närvara vid HLR är däremot ett intressant och viktigt område som har varit den centrala aspekten av föreliggande studie.

BAKGRUND

Hjärtats funktion

Hjärtat har en essentiell roll i upprätthållandet av liv och normal kroppsfunction. Hjärtat kan delas in i två halvor, där varje hjärthalva har en kammare och förmak. Vänster kammare pumpar ut blod genom aorta och ut i stora kretsloppet. Kroppens höger kammare pumpar ut blod genom det lilla kretsloppet för syresättning av blodet och avlägsnandet av överflödigt koldioxid. De två förmaken har till uppgift att ta emot blod som kommer tillbaka till hjärtat. Höger förmak tar emot syrefattigt blod via nedre och övre hålven och transporterar vidare till höger kammare - medan vänster förmak tar emot syrerikt blod från lungvenerna för transport till vänster kammare (Haug, Bjålie, Sand & Sjaastad, 2007).

Cirkulationssystemet i kroppen består av hjärtat tillsammans med blodkärl - vars funktion är att möjliggöra transporter. Transporten av syrerikt blod från lungor till vävnader, hormoner till målceller, skydda mot infektioner genom transport av vita blodkroppar och antikroppar är exempel på viktiga funktioner som möjliggörs av cirkulationssystemet. Den huvudsakliga funktion är transport, någonting som är beroende av hjärtats normala funktion. Vid hjärtstopp så slutar även cirkulationen och medvetandet förloras efter 5-10 sekunder (Haug, et al., 2007).

Hjärtats möjlighet att kontrahera möjliggörs av aktionspotential, precis som skelettmuskelceller. Det som skiljer är däremot att hjärtat inte behöver nervstimulering utan kan dra ihop sig av sig själv genom ombildade muskelceller i sinusknutan lokaliserad i höger förmak med förmågan att depolarisera spontant om tröskelvärdet stiger. När impuls utlöses i sinusknutan vid överstigandet av tröskelvärdet sprids aktionspotentialen genom hjärtat och stimulerar till kontraktion. Det finns fler områden i hjärtat som även har ombildade muskelceller som kan utlösa aktionspotential, men hos en frisk person så behövs det inte eftersom tröskelvärdet inte hinner stiga innan sinusknutan utlöser en aktionspotential i dessa celler. Sinusknutan fungerar som hjärtats taktgivare (Haug et al., 2007).

Hjärtstopp

Hjärtstopp drabbar varje år cirka 15 000 människor i Sverige, cirka 10 000 av dessa är utanför sjukhus och 5 000 på sjukhus (Wikström, 2012). Vid ett hjärtstopp så finns ingen fullgod kontraktionsförmåga av hjärtat och därav inte tillräcklig syre och blodförsörjning för kropp eller hjärna. Orsaken bakom hjärtstoppet kan vara av olika etiologi, men är lika allvarligt för möjligheterna till fortsatt liv om man ej behandlas (Hjärt-Lungfonden, 2012).

Hjärtstopp innebär att hjärtats normala förmåga att pumpa runt blod i kroppen slutar fungera. Detta kan inträffa till följd av flera olika orsaker så som intoxikation, stopp i luftvägarna eller

trauma efter trafikolycka. Vanligast är att hjärtstopp inträffar till följd av hjärtinfarkt, som inträffar till följd av syrebrist till hjärtat. Hjärtstopp föregår vanligen med varningstecken i form av arytmier innan hjärtstoppet (Wikström, 2012).

Beroende på orsaken till hjärtstoppet kan behandling skilja sig, men har man försäkrat sig om fri luftväg så är HLR alltid det primära handläggandet i väntan på vidare vård för att upprätthålla det grundläggande behovet förenligt med liv. Vidare behandling på sjukhus eller av ambulans på plats kan skilja sig beroende på orsak, ventrikelflimmer som innebär ett elektriskt kaos går att defibrillera till normal rytm medan en syrebrist till hjärtat kräver utvidgandet av det förträngda kärlet. (Ericson & Ericson, 2012).

Överlevnadschanserna till följd av ett hjärtstopp utanför sjukhus är starkt kopplade till snabb initiering av HLR och tidig ankomst av ambulans som omedelbart kan börja påbörja HLR och identifiera orsaken bakom hjärtstoppet för vidare handläggning (Hollenberg et al., 2005).

Hjärt- och lungräddning

HLR sker genom att skapa fria luftvägar, starta hjärtkompression och ge konstgjord andning via mun-mot-mun eller via mask-till-mun. Kompressioner mitt på sternum 30 gånger med cirka 4-5 centimeter djup följt av två konstgjorda andetag och repetition av cykeln tills vidare hjälp anländer. Vidare interventioner såsom defibrillering, läkemedelsadministrering, intubation definieras som avancerad HLR (Ericson & Ericson, 2012).

Syftet med HLR är att försöka återställa hjärtats egen aktivitet samt bibehålla kroppens naturliga funktioner när förstnämnda ej är möjligt i väntan på hjälp. Detta genom konstgjord andning, hjärtkompressioner och om möjligt med defibrillation. Man uppskattar att cirka 80 procent av personer med konstaterat hjärtstopp har ventrikelflimmer (Wikström, 2012) ett tillstånd där det finns elektrisk aktivitet i hjärtat som gör att kamrarnas kontraktionsfrekvens är okoordinerad och snabb som leder till nedsatt blodcirkulation och syresättning (Haug et al., 2007). Personer som saknar elektrisk aktivitet överhuvudtaget i hjärtat har en i medicinska termer kallat asystoli, dessa behandlas med HLR för att antingen återfå den kroppsegna hjärtaktiviteten eller ett ventrikelflimmer som man sedan kan defibrillera (Wikström, 2012).

Hjärtkompressioner motsvarar, om korrekt utförd 25-35 procent av ett friskt hjärtats förmåga att pumpa ut blod. Efter ett hjärtstopp minskar överlevnadschansen med tio procent för varje minut, det är därför viktigt att snabbt påbörja korrekt utförda hjärtkompressioner och fortsätta med konstgjord andning följt av fortsatt handläggning. Den fortsatta handläggningen bör ske för att så snart som möjligt, utan att påverka pågående HLR för att bland annat kunna identifiera reversibla orsaker bakom hjärtstoppet som kan behandlas. Exempel på reversibla orsaker bakom ett hjärtstopp är hypoxi, hypovolemi, hypotermi, tamponad eller hypo/hyperkalemi (Wikström, 2012).

Personer som ej är bekanta med HLR kan utföra HLR genom att bara göra kompressioner efter enkla instruktioner. Vid en sammanställning och utvärdering av studier gjord av American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee så såg man att personer som blivit lärda att enbart göra hjärtkompressioner påbörjade behandling tidigare än personer tränade i fullständig i HLR (Sayre et al., 2008; Hallstrom, Cobb, Johnson, Copass, 2000; Waalewijn, Tijssen, Koster, 2001; Iwami et al., 2007; Bossaert, Van Hoeyweghen, 1989; Van Hoeyweghen et al., 1993; Bohm, Rosenqvist, Herlitz, Hollenberg, Svensson, 2007)

Sjuksköterskans professionella ansvar

Ansvar är en definierad tankeenheter som säkerställer att kunna ge svar och berättiga varför man har agerat på ett visst specifikt sätt eller varför man inte har agerat alls. Det är inte enbart befogat att ge ett verbalt svar utan det omfattar mer än så. Att ta ansvar handlar om att stå till svars i en situation och det kan innefatta både vad som är möjligt att påverka och vad som är önskvärt. Det är också en meningsskiljaktighet vad personen kan eller bör ta ansvar för när det gäller både vad som kan göras och vad som anses värdefullt att göra (Sandman & Kjellström, (2013). Inom vården är begreppet centralt och det talas om vårdarens ansvar för patienten och vårdandet, men också om att patienten har ansvar för sin egen vård och hälsa (Sandman & Kjellström, 2013).

Sjuksköterskans ansvar

I den nya ”Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor” som gavs ut av svensk sjuksköterskeförening 2017, framkommer det tydligt vad sjuksköterskans ansvar för omvårdnad är, med fokus på de sex olika kärnkompetenserna som innefattar personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik, samt för ledarskap och pedagogiska insatser i omvårdnadsarbetet. Vidare beskrivs det att legitimerade sjuksköterskor erhåller ett personligt ansvar för sin yrkesutövning vilket medför att arbetet måste karakteriseras utifrån ett etiskt synsätt. Mänskliga rättigheter, tro, vanor, hänsyn till människors värderingar, respekt för självbestämmande, integritet och värdighet är det som förutsätts för all typ av omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Den etiska koden för sjuksköterskor skildras utförligt i International Council of Nursing (ICN) som bland annat lägger vikten på att sjuksköterskan har ett enskilt ansvar på att vidmakthålla kompetensen till yrket genom att upprätthålla lärandet. Med aktiva inlärningsövningar förbättrar sjuksköterskan sina färdigheter (Marshall & Flanagan, 2010) och att utbildas tillsammans med sjukvårdsteamet förbättrar både kommunikationen och samarbetet under återupplivningen (Andreatta, Saxton, Thompson & Annich, 2011). Koderna delas sedan in i fyra områden som ska representera sjuksköterskans målsättningar för det etiska beslutstagandet; sjuksköterskan och allmänheten, sjuksköterskan och yrkesutövningen, sjuksköterskan och professionen, sjuksköterskan och medarbetare (ICN, 2014).

Sjuksköterskans ansvar under pågående hjärt- och lungräddning

När det gäller sjuksköterskans ansvar under pågående HLR påpekar Resuscitation Council UK (1996) att se till att den anhörige förstår att de har ett val över huruvida att närvara eller ej och undvika att provocera skuld känslor oavsett deras beslut. Ytterligare anmärks det att sjuksköterskan ska ge en tydlig och ärlig förklaring av vad som händer och varna den anhörige om vad de kan förvänta sig att se när de går in i rummet, speciellt det förfarandet som kan bevittnas. Om den anhörige väljer att delta så finns också ansvar att förklara, på ett sätt som den anhörige förstår, om vilka procedurer som föreligger om patienten inte har svarat på HLR och varför återupplevnadsförsöket misslyckades (Resuscitation Council UK, 1996). Enligt de etiska riktlinjerna för HLR (Svenska Läkaresällskapet, 2013) så är grundprincipen att i första hand påbörja HLR på personen som drabbats. De etiska riktlinjerna såväl som Powers och Candela (2016) lyfter vikten av att anhöriga ska få möjligheten att närvara om önskan finns. Enligt Kock-Redfors (2002) så är ett bra omhändertagande av anhöriga under HLR en förutsättning för att den anhöriga ska bearbeta krisen på bästa sätt i efterhand. Vidare bygger sjuksköterskans ansvar på att ledarskap och kommunikation är de viktigaste aspekterna under proceduren (Hunziker, Tschann, Semmer, Howell & Marsch, 2010) och att

samarbeta med övrig sjukvårdspersonal är väsentligt för att återupplivningsförsöket ska vara så optimalt som möjligt (Hunziker et al., 2011).

Anhöriga

Anhörig är ett begrepp som kan tolkas på många olika sätt eftersom det kan vara subjektivt vad man uppfattar som sina anhöriga. Vanligen definieras en anhörig i Sverige vara en familjemedlem såsom maka/make, förälder, barn, syskon, nära vän eller granne. Enligt socialstyrelsen så beskrivs en anhörig "som en person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna". Detta medan en närstående definieras som en person den enskilde anser sig ha nära relation till. Vidare så anmärks att termerna närstående och anhöriga inte används konsekvent, utan termerna kan och används ombyttligt i lagtext (Socialstyrelsen, 2004). Det är konstitutivt att den som behöver hjälp kommer i första hand och den anhörige därefter. På akutmottagningen är det just det som den anhörige eftertraktar och det är många gånger som det inte heller finns skäl, tid eller möjligheter att involvera anhöriga, utan det är först på vårdavdelningen som anhöriga tros ha en mer betydande roll för patienten (Johansson, 2016).

Anhörigas närvaro vid pågående hjärt- och lungräddning

Bestämmandet om en anhörig ska närvara vid en HLR ska vara i det bästa intresset för patienten som är drabbad. Att involvera patienten och beakta hans autonomi och integritet är invecklat. Detta leder till komplicerade diskussioner mellan den anhörige och sjukvårdspersonalen om vad som blir bäst för tillfället. I sådana fall ska beslutet tas av erfaren och professionell sjukvårdspersonal. Om patienten har uttryckt ett visst önskemål så bör det önskemålet respekteras först och främst. Den anhörige ska bli informerad om att kunna behöva lämna patientens sida för att ge plats åt personalen. Europa har multikulturella skillnader och återupplevnadsteamet ska ta beslut utifrån varje patient och dess familj. Patienten och anhörigas kulturella bakgrund ska beaktas av respekt med hänsyn till att ge lämplig individualiserad vård (Moons & Norekvål, 2008). I Sverige kan man läsa i det Svenska rådets riktlinjer för HLR (2012), att de framhäver till att anhöriga ska ges en chans att delta vid en HLR, men att det inte får störa återupplivningsförsöket på ett negativt sätt.

Frågan är om den anhöriga ska gå eller stanna kvar vid ett hjärtstopp. Den anhörige kämpar med bestämmandet om att antingen stanna kvar eller gå hem för att ta hand om andra familjemedlemmar. Den här kampen utvecklas över en period om tre faser; pre-jive fasen, här-och-nu fasen och bryta-mot-reglerna fasen, som beskrivs längre ner. Anhöriga vill veta vad det är som händer och vill gärna hjälpa till, men känner oftast att deras händer är bakbundna och lägger hellre ansvaret på sjukvårdsteamet att göra sitt jobb (Wagner, 2004).

Pre-Jive fasen

I pre-jive fasen kände anhöriga subtila förändringar eller specifika tecken som visade att något var fel med patienten och rapporterade sedan eventuella förändringar eller tecken vidare till sjukvårdsteamet. När den anhöriga väl var nöjd med sjukvårdsteamets insatser kunde beslutet tas att det var en säker tid att lämna patientens sida (Wagner, 2004).

Här-och-nu fasen

Här-och-nu fasen kallas även för krisfasen. Kris för både patienter och deras anhöriga. De anhöriga överlägger med sjukvårdsteamet om att antingen stanna kvar i rummet under HLR

eller acceptera att de inte kan vara närvarande och måste lämna rummet. Däremot kontrollerar sjukvårdsteamet situationen och förutsätter ansvaret i beslutet som tas av patienten (Wagner, 2004).

Bryta-mot-reglerna fasen

Efter att patientens tillstånd har stabiliserats går den anhörige in i bryta-mot-reglerna fasen. För de flesta så innebär denna fas att vara uppmärksam på sjukhuset och invänta information om vad som händer och vad som skulle kunna hända nästa gång (Wagner, 2004). Enligt Wagner (2004) fick de anhöriga bryta mot reglerna, både formellt och informellt, för att vara med patienten, men då först efter att tillståndet har stabiliserats. De formella reglerna innehöll saker som förordningar om tillåtna timmar att besöka patienten medan de informella var diskreta regler som varje sjuksköterska gjorde om besöket.

Att hamna i krisreaktion är ett återkommande beteende att reagera efter ha närvarat under HLR. Krisreaktionen kan uppstå i akuta situationer och delas in i olika faser som den anhörige går igenom. Dessa faser är chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Chockfasen kan se olika ut beroende från person till person och vara olika länge, alltifrån några minuter till flera timmar. Fasen kan skifta lika snabbt som den kan gå över och den anhörige kan i ena stunden vara kall och apatisk till att bli helt neurotisk och helt tappat greppet om omvärlden. Här belyser Kock-Redfors (2002) vikten av att använda de tre H:na; Håll om! Håll i! Håll tyst! i arbetet med att omhänderta anhöriga. ”Håll om” beskriver enkelt och kortfattat att hålla om den anhörige. När den anhörige hamnar i en krissituation är det alltid bra att erbjuda något att äta och dricka för att sedan tala om vad det är som har hänt, vilket framställs i ”håll i”. Det sista H:et ”håll tyst”, upplyser om att när en anhörig befinner sig i en krissituation så är det viktigt att vara tyst och lyssna på vad den anhörige vill berätta och förmedla om sina känslor kring det som har skett. Vidare går chockfasen över till reaktionsfasen och när den anhörige olika fort. Den anhörige reagerar olika beroende på personlighet och tidigare erfarenheter och oftast möts sjukvårdspersonalen av vredesmod. Vanligtvis efter ett par veckor går reaktionsfasen över till bearbetningsfasen. I bearbetningsfasen börjar den anhörige fundera över vad som händer i korrelation till dödsfallet och sedan gå igenom proceduren för att förstå och acceptera det som har hänt. Inte förrän nu kan den anhörige gå vidare till nyorienteringsfasen. Denna fas kommer sedan fortsätta resten av den anhöriges liv (Kock-Redfors, 2002).

Posttraumatiskt stressyndrom

Efter ett trauma eller en kritisk händelse kan den anhörige utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Lundin, 2006). Exempel på en händelse som kan utlösa symtom kan till exempel vara våldtäkt, rån, misshandel, olyckor eller en katastrofsituation där antingen en själv eller anhörig fallit offer, eller där någon har blivit vittne till något. Traumatiserande händelser som har en mer långdragen effekt är exempelvis att bli utsatt för kränkningar, delta i krig, misshandel och övergrepp under sin uppväxt eller att bli försummad (Wiklund Gustin, 2015). Symtomen på PTSD framställs i tre symtomgrupper. Dessa grupper är återupplevandet, undvikande och tecken på överspändhet (Michel, 2010). Återupplevandet beskrivs som återkommande minnesbilder, mardrömmar eller fantasier, så kallade ”flash-backs”, och triggas igång av händelser som liknar traumat. Saker som antingen associerar med eller påminner om traumat bevisar på ett undvikande symtom. För att klassificeras som ett undvikande symtom ska detta inte ha försiggått innan traumat inträffade. I den tredje och sista symtomgruppen överspändhet, hör symtom som minnesförlust, som inte är utlöst av droger, alkohol eller medvetanderubbning. Vidare beskrivs att plötsligt ljud- och

ljuskänslighet, oprovocerade aggressionsutbrott och svårt att koncentrera sig hör till denna grupp (Michel, 2010; Wiklund Gustin, 2015)

Problemformulering

Hjärtstopp drabbar varje år cirka 15 000 människor bara i Sverige. Den anhöriga är lätt att förbise under pågående HLR. Oavsett om det inträffar på ett sjukhus, utanför sjukhus eller i hemmet så är det en händelse som inte tillhör det vanliga och kan vara en chockerande händelse. Hur anhöriga upplever att vara närvarande under HLR är ett aktuellt ämne, vem som helst kan drabbas och sjukvårdspersonalen såsom sjuksköterskan har ett ansvar att se till helheten och även ta hänsyn till anhöriga. Att stå bredvid och känna sig otillräcklig kan tänkas få konsekvenser för den anhörige och de upplevelser som kan tänkas uppstå efter detta. Upplevelsen kan skilja sig från person till person, men att försöka få en förståelse för hur det kan tänkas upplevas samt vilka konsekvenser närvaro har för den anhöriga är någonting som varit föremål för undersökning i föreliggande studie eftersom att det är ett aktuellt ämne.

SYFTE

Syftet var att beskriva anhörigas upplevelser av att närvara vid hjärt- och lungräddning.

METOD

Val av Metod

Litteraturoversikt var den metod som valdes att användas i föreliggande studie eftersom det var en optimal metod för att kartlägga området som har valt att belysas. Genom en litteraturstudie identifierades aktuell forskning såväl som kunskapsluckor och förbättringsområden (Polit & Beck, 2012).

Litteraturoversikt var även optimalt i en strävan att belysa syftet genom att ställa resultatet av olika studier gentemot varandra och på så sätt skapa en större förståelse och nyansering. Indikation för ett bra litteraturbaserat examensarbete var överförbarhet. Med överförbarhet åsyftas möjligheten att resultatet går att lyftas till andra grupper eller kontext (Henricson, 2012).

Urval

Inklusionskriterierna för denna studie utgick ifrån att hitta artiklar där kulturen och vårdmiljö var relativt lik den svenska. På grund av att urvalet inte var så stort kring detta ämne valdes artiklar som först och främst var skrivna i Europa, USA och Australien. Därefter har sökningen breddats utöver detta område för att kunna säkerställa en evidensbaserad forskning. Vidare var inriktningen på anhöriga i alla åldrar och kön. Fokus låg också på artiklar mellan 2005-2017 för att få en uppdaterad forskning kring ämnet, detta för få en bra helhetsbild av valt ämne och för att det är viktigt att bekräfta ett eventuellt resultat med flera artiklar som stärker eller motsäger resultatet och öppnar för diskussion och nyansering (Polit & Beck, 2012). En bredare tolkning av begreppet anhörig har använts för att inte exkludera artiklar där anhörig i vissa fall kan vara i en begränsad tolkning till familjeband. De artiklar som användes har även varit peer reviewed då kravet på hög standard av valda artiklar har eftersträvat. Det

har inte gjorts några begränsningar huruvida HLR har genomförts på sjukhus, utanför sjukhus eller i hemmet för att få en vid syn på den anhöriges upplevelser inom flera olika vårdmiljöer som möjligt. Vi har även vidare ej exkluderat artiklar utefter huruvida de har ett positivt eller negativt utfall för att undgå bias. Orsaken till att inga begränsningar har gjorts relaterat till plats för pågående HLR är att det är lika aktuellt oavsett om det är på sjukhus eller inte, samt för att säkerställa att tillräcklig omfattning av studier för att kunna skapa en översikt. <

Exklusionskriterierna har varit artiklar med fokus på vårdpersonalens upplevelser för att det inte faller överens med syftet till studien. Likaså där artiklarna saknade abstrakt och inte var skrivna på antingen svenska eller engelska var skäl för exklusion. Vidare har ej artiklar där patienterna fått en behandling som kan anses moraliskt oetisk genom sämre vårdinterventioner i syfte för kontrollgrupp i en studie ej inkluderats. Studier saknade överförbarhet till verkligheten exkluderades eftersom att teoretiska spekulationer på hur det kan tänkas upplevas ej är vad som vill besvaras. Överförbarhet kännetecknande för ett bra kvalitativt arbete, att det kan appliceras på andra grupper och kontexter (Polit & Beck, 2012).

Anhörignärvaro under HLR har varit ett begränsat område att hitta aktuell forskning på, vilket tagits i beaktning och inklusion av äldre artiklar har skett förutsatt att studien är väl genomförd enligt de kriterier som valts.

Datainsamling

Databaserna som användes var The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och Public Medline (PubMed) i kartläggningen av relevanta artiklar för arbetets syfte. CINAHL valdes eftersom det är en bra elektronisk databas för få de senaste artiklarna inom omvårdnadsfältet, medan PubMed användes för att få ytterligare översikt samtidigt som användandet av MeSH termer kan användas (Polit & Beck, 2012). Sökningar av artiklarna utfördes för att identifiera relevanta studier kopplat till föreliggande studies syfte. Efter att artiklarna identifierats lästes abstract initialt för att sedan läsa studierna i sin helhet om de ansågs relevanta, vidare sällning enligt urvalskriterier, kvalitetskriterier och forskningsetiska överväganden.

Sökord som använts är: CPR (cardiopulmonary resuscitation), family, presence, cardiopulmonary, resuscitation, family presence, emergency service, family presence during resuscitation, psychological, effect, relative, parents presence, experience, death.

Sökorden har använts i olika kombinationer för att få ett stort täckningsområde, dessutom så har booleska operatörer som "AND", "OR" och "NOT" utnyttjas för att kunna smalna av och hitta specifika artiklar relevanta till föreliggande studie (Forsberg & Wengström, 2016). Efter genomförd sökning har 103 abstracts granskats, varav 15 stycken ansågs relevanta för föreliggande studie (Tabell 1). Artiklar som inte ansågs relevanta för studiens syfte valdes bort. Tabell följer nedan på nästkommande sida (Tabell 1).

Tabell 1. Databassökning.

Databas Datum	Sökord	Träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal använda artiklar
2017-09/06 PubMed	psychological + effect + family + cpr	12	4	4	1
2017-09/06 CINAHL	family presence + resuscitation + experience	63	13	13	2
2017-09/06 CINAHL	family presence during + cardiopulmonary resuscitation	47	8	8	1
2017-09/14 PubMed	family + psychological + cpr	80	10	5	0
2017-09/14 CINAHL	family presence during + cardiopulmonary resuscitation + experience	20	6	3	1
2017-09/14 PubMed	family + presence + cpr	58	6	3	0
2017-09/14 PubMed	family experience + cpr	42	5	2	1
2017-09/15 CINAHL	family presence + during + resuscitation	276	12	5	2
2017-09/15 PubMed	presence cardiopulmonary resuscitation	31	4	3	2
2017-09/15 PubMed	parents presence + resuscitation	81	7	4	1
2017-09/15 CINAHL	cardiac arrest + experience + death + family	19	4	2	1
2017-09/06 PubMed & CINAHL	Manuella sökningar				3
Totalt		729	79	52	15

Manuella sökningar

Manuell sökning användes för att få större bredd och identifiera relevanta artiklar som ej hittades genom vanlig databassökning. Manuella sökningar gjordes på artiklar som hittades i andra studiers referenslista alternativt genom tips från studiekamrat.

Databearbetning

Klassificering och värdering av de valda artiklarna gjordes enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag modifierad av Berg, Dencker och Skärsäter (1999) samt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) (bilaga A). Samtliga artiklar granskades av båda författarna och värderades vara av minst medel kvalitet. De granskade artiklar presenterades sedan i en matris för att kunna ge läsaren en översiktsbild av valda artiklar som använts (bilaga B).

Dataanalys

För att kunna garantera en högkvalitativ och pålitlig studie har samtliga artiklar bedömts utifrån kriterier såsom forskningsetiska principer, huruvida artikeln är peer reviewed och om de är tillräckligt stora.

Utifrån detta har en integrerad analys valt att användas, vilket är ett bra tillvägagångssätt att sammanställa resultatet (Kristensson, 2014). I beaktande med Kristensson (2014) genomgick analysen i flera olika steg för att på bästa och enklaste sätt få en övergripande syn av artiklar och vilket resultat som redovisades. I det första steget lästes de utvalda artiklarna utav båda författarna för att kunna identifiera likheter och skillnader i innehållet. I nästa steg granskades innehållet från steg ett och en identifiering gjordes för att kunna ta fram olika rubriker som sedan summerade resultatet. I det sista steget så sammanställdes resultatet under de valda rubrikerna som författarna har tagit fram och som redovisas längre fram i arbetet.

Forskningsetiska överväganden

De etiska aspekterna av forskning behandlas just av forskningsetik. Detta innefattar forskningsverksamheten och de konsekvenser som kommer därtill. Hur forskare bör agera i sitt utövande av forskning, vilka normer och värderingar som ska leda forskningen samt hur andra ska vara i relation till verksamheten, är några av dem frågor som ska diskuteras och analyseras (Helgesson, 2015).

Artiklarna som har använts i denna studie ska ha uppfyllt syftet och samtidigt hållit ett god etiskt resonemang. Med etiskt resonemang anses artiklarna varit undersökta och godkända av en etisk kommitté. Artiklar som på något sätt kränkt de personer som inkluderats i studien, anhöriga såväl som patienter har av forskningsetiska skäl inte använts. Exempel på skäl som varit till grund för exklusion av forskningsetiska skäl har varit skillnad i behandling av patient eller beslut om anhörig närvaro som kan ha påverkat patientens medicinska utkomst eller överlevnad. Av forskningsetiska skäl ska deltagarna haft möjligheten att avbryta studien om de önskar att göra så.

Endast artiklar som godkänts av etisk kommitté eller artiklar med god förklaring till varför man ej behövt godkännande av en sådan har inkluderats. Vidare har författarna till denna

studie ej redovisat resultatet med egna uppfattningar eller åsikter för att på något sätt felaktigt återge det aktuella resultat som de använda artiklarna visade på.

RESULTAT

Integrerad analys skedde av de 15 artiklar som användes i resultatet därefter identifierades tre temaområden som valt att belysas. Anhörigas upplevelse, närvara eller inte närvara vid HLR och den psykiska påverkan på den anhöriga valdes som huvudrubriker kopplat till identifiering av dessa temaområden.

Anhörigas upplevelser av att närvara vid HLR

Närvara vid HLR upplevdes som stressfullt av de anhöriga, i högre grad om det inte fanns sjukvårdspersonal på plats. Ankomst av sjukvårdspersonal som tog över i en prehospital miljö gjorde att de anhöriga upplevde mindre stress och lättnad med vetskapen om att kvalificerad hjälp fanns på plats (Weslien, Nilstun, Lindqvist, Fridlund, 2005; Bremer, Dahlberg, Sandman, 2009)

Anhöriga upplevde att sjukvårdspersonalen fanns där för att hjälpa patienten fysiskt, detta medan de själva hade en upplevd ansvarsroll att vara där som stöd för patientens skull. Vidare såg de anhöriga ett personligt ansvar att kunna förmedla information och kunskap om patienten till sjukvårdspersonalen samt att vidare informera övriga anhöriga om patientens tillstånd i ett senare skede (Leske, McAndrew, Brasel, 2013; Bremer et al., 2009; De Stefano et al., 2013)

Det fanns en stark önskan hos anhöriga att kunna bistå sjukvårdspersonalen i den mån som behövdes, samtidigt som man inte ville störa eller vara i vägen under pågående HLR. Förväntningar på att själv bli omhändertagen och få stöd under det akuta händelseförloppet fanns inte, de anhöriga hade fokus på patientens behov. Vid det akuta skeendets upphörande och HLR avvecklas till följd av dödsförklaring eller återgång med kroppsegna hjärtrytm så uppstod även önskan om anhörigstöd. Mediciner som gavs i samband med fortsatt arbete men i långsamt takt samtidigt som ingen förklarar vad som händer upplevdes otryggt av de anhöriga som närvarade med patienten (Weslien et al., 2005).

Väldigt få anhöriga hamnade i konflikt med sjukvårdspersonalen under pågående insatser eller agerade aggressivt, mindre än en procent av 342 personer. Ånger över sitt beslut huruvida man närvarade eller inte närvara skiljde sig, där de anhöriga som valde att inte närvara ångrade sig i högre grad. Hos de anhöriga som gjorde valet att inte närvara ångrade sig 12 procent i efterhand av 186 tillfrågade i efterhand. Jämförelsevis ångrade tre procent sig av de som valde att närvara vid HLR av 289 personer tillfrågade (Jabre et al., 2013).

Faktorer som påverkar valet att närvara vid HLR

Valet om att få närvara upplevdes av många som viktigt, att få ta ställning till alternativet själv även om man avböjde möjligheten. Det innebar en viktig faktor för sorgprocessen, PTSD och hur man mindes närvaron vid HLR (Maxton, 2008; Tinsley et al., 2008, Jabre et al., 2013). Vid de gånger man hade en avsatt person från personalen som tog hand om den anhörige så var ett återkommande önskemål att personen ifråga skulle ha sjukvårdskompetens, gärna en sjuksköterska. Detta för att inte bara erbjuda ett emotionellt stöd, men även kunna förklara vad som sker i en medicinsk aspekt kring patienten samtidigt

som sjukvårdspersonalen arbetar med pågående HLR såväl som i efterskedet (Weslien et al., 2005; Maxton, 2008; Tinsley et al., 2008; Bremer et al., 2009; Cottle, James, 2008). Att de anhöriga inte skulle få tillräckligt emotionellt stöd under HLR var en oro som även delades av patienterna som kunde göra att man var negativt inställd till anhörignärvaro (Twibell, Craig, Siela, Simmonds, Thomas, 2015; Bradley, Keithline, Petrocelli, Scanlon, Parkosewich, 2017)

Att bevittna en återupplivning väckte många emotionella reaktioner. Den förväntade rädslan för negativa eller positiva reaktioner är ofta en orsak till den anhöriges val om att närvara eller inte närvara under återupplivningen (De Stefano et al., 2016). Enligt De Stefano et al. (2016) använder anhöriga sig ofta av begreppet att vara aktiv i återupplevnadsförsöket för att beskriva hur de upplevde sin närvaro. Vissa kunde tro att deras närvaro underlättade återupplivningen. Vissa deltagare i studien hade redan påbörjat hjärtmassage innan någon personal hade kommit fram och uppgav då att de kände att de hade varit en del av processen.

Oftast är det av känslomässiga skäl som anhöriga ville delta i återupplivningen, men vissa kopplade sin vilja till sina personliga tidigare erfarenheter av att stödja någon nära. Under återupplevnadsförsöket verkar patientens stöd som exempelvis att ge moraliskt stöd, upprätthålla en form av kommunikation med patienten eller enbart att röra patienten vara mycket viktig och det nämns för det mesta som en lättnad för den anhörige, men också för patienten. Vissa anhöriga påpekade att de ville skydda sig själva, speciellt från HLR och den eventuella traumatiska händelse som förekommer vid dessa procedurer som att inte behöva se när kroppen utsätts för infusioner, katetrar, sensorer eller dylikt, men även rädslan för att uppleva en psykologisk traumatiserande företeelse (De Stefano et al., 2016).

Den psykiska påverkan av att närvara vid HLR

Flertalet studier visade (Compton, Grace, Madgy, Swor 2009; Jabre et al., 2013; Soleimanpour et al., 2017) visar på att frekvensen av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) relaterade symtom var signifikant högre bland anhöriga som närvarade under HLR än anhöriga som var villiga att delta och var välinformerade om proceduren. Dessutom beskriver Compton et al. (2009) att det finns viktiga variabler som spelar roll för PTSD symtom i association med att bevittna HLR såsom vart hjärtstoppet äger rum, hur pass bra relationen är till den drabbade och huruvida patientens död var oförutsedd eller inte.

När det gäller de analyser av psykologiska variabler av symtom som ångest och oro visade det sig att anhöriga som inte bevittnade återupplivningsförsök löpte större risk att råka ut för någon av dessa symtom än de som gjorde. Andelen anhöriga med symtom som depression var lägre bland anhöriga som var närvarande än hos dem som inte var det. Likaså fanns det inte någon korrelation mellan svårighetsgraden av ångest, depression och PTSD och de anhörigas kön. Däremot upplevdes anhöriga tacksamma för att ha fått chansen att varit en del utav återupplivningsförsöket och detta kunde lätta deras ångest och oro (Jabre et al., 2013; Leske et al., 2013; Soleimanpour et al., 2017).

Patientdödligheten på sjukhus likaså patientdödligheten i ett långsiktigt perspektiv var inte associerade med anhörigas PTSD. Den anhöriges deltagande och beslutsfattande om att återkalla medicinskt ingripande var inte förknippat med PTSD, men om patientens tillstånd försämrades med läkarens återtagande av det medicinska ingripandet så tenderade risken för PTSD att öka (Zimmerli et al., 2014). Vidare framgår det i studien (Zimmerli et al., 2014) att det var tre faktorer som var signifikanta förutsägelser att anhörig skulle drabbas av PTSD. Dessa faktorer var; kvinnligt kön hos den anhörige, den anhöriges historia kring depression och terapeutiska åtgärder som uppfattades som otillräckliga. Risken för PTSD hos den

anhörige ökade från 0 procent om ingen av dessa faktorer var närvarande, till 63 procent ifall tre eller fler faktorer var uppfyllda.

Nittio dagar efter att en anhörig har bevittnat ett återupplivningsförsök så visade depression, ångest och PTSD vara signifikant mer förebyggande bland anhöriga som inte ville närvara än dem som var närvarande under momentet (Jabre et al. 2013; Jabre et al. 2014; Soleimanpour et al. 2017). Jabre et al. (2014) lyfter fram vikten i en studie som baseras ett år efter händelsen, att den anhörige har fördel av att närvara under återupplivningsförsöket. Samt att tillåta anhöriga stanna kvar nära patienten under HLR förebygger sorgprocessen och den mentala och psykiska hälsan relaterad till den traumatiska sorg som uppstått. I vidare studier (Bremer et al. 2009) läggs fokus på osäkerheten kring framtiden för den anhöriga. När patienten dör, så får det den anhörige att börja oro sig för hur livet kommer att hanteras hädanefter. Lidandet efter att känna sig ensam förstärks med ångest, skuld eller känsla av övergivenhet i sorg (Bremer et al., 2009).

Till skillnad från övriga resultat i detta arbete så beskriver Compton et al. (2011) att det inte finns några signifikanta skillnader mellan depression och PTSD symtom och att närvara eller inte närvara under ett återupplivningsförsök. Det var inte heller några skillnader på resultatet mellan 30 och 60 dagar efter händelsen om den anhörige var närvarande eller inte (Compton et al., 2011).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Föreliggande studie har haft som målsättning och syfte att beskriva anhörigas upplevelser vid HLR. Genom en litteraturöversikt identifierades återkommande teman som renderade i de valda rubriker för studiens resultat.

De anhöriga som närvarade vid HLR upplevde det som stressfullt, att inte riktigt veta vad man ska göra eller sin roll var en återkommande beskrivning. Det fanns en förvånansvärt stor önskan om att få närvara som anhöriga, även fast det kunde upplevas som stressfullt och man inte visste vad man skulle göra samtidigt som sjukvårdspersonalen arbetade. Vidare upplevde majoriteten av de anhöriga ett slags ansvar, inte på ett medicinskt plan men som patientens representant för att kunna vara patientens representant och assistera sjukvårdspersonalen med att hämta saker eller svara på frågor (Leske, McAndrew, Brasel, 2013; Bremer et al., 2009; De Stefano et al., 2016).

Resultatet visade tydligt att oavsett om man ville närvara eller inte som anhöriga under HLR, så var ett tydliggörande att om att möjligheten fanns var viktigt för den anhörige. Att vikten av presentera valmöjligheten för den anhöriga var ett förvånande resultat, speciellt i den utsträckning som studierna visade. Varför de anhöriga hade så god effekt av att få valmöjligheten presenterad spekuleras det ingenting om i forskningsstudierna, vilket hade önskats för att skapa en större förståelse. En personlig reflektion från författarna i föreliggande studie är att känslan av inklusion när man blir tillfrågad skapar känsla av samhörighet med sjukvårdspersonalen och förståelse för att de inte försöker dölja någonting.

De anhöriga som inte ville närvara trots valmöjligheten uttryckte obehag inför att se hjärtkompressioner och andra invasiva procedurer så som infusioner och katetrar. Vidare så hade de anhöriga en bild om att närvara vid HLR är otäck, traumatiserande händelse (De Stefano et al., 2016) varav man hellre avböjde möjligheten till närvaro. Detta skulle kunna

förklaras med personliga erfarenheter om tidigare traumatiska händelser eller okunskap om hur HLR går till som gör att man helst vill låta sjukvårdspersonalen göra sitt jobb. En möjlig lösning för att få fler anhöriga att närvara är att förklara vad de kommer mötas av samt förklara processen av vad som görs av sjukvårdspersonalen och av vilken anledning.

Sjukvårdspersonalen bär ett betydande ansvar under ett återupplivningsförsök, inte bara för att ta hand om patienten utan stor vikt ligger också i att ta hand om den anhörige. Därför är det viktigt att sjukvårdspersonalen åtar sig ansvaret som den anhöriges stödperson (Cottle & James, 2008). Stödpersonen ska i sin tur föra en god kommunikation mellan anhöriga och sjukvårdspersonalen och berätta vad det är som händer och samtidigt vara ett emotionellt stöd (De Stefano et al., 2016). Att ta hand om anhöriga under ett återupplivningsförsök som sjukvårdspersonal är kanske inte första prioritet. Författarna till studien har uppmärksammat att stödpersoner inte finns överallt, trots att det är en viktig del inom vården. Bristen på stödpersoner kan ligga på avsaknad av kompetens inom ansvaret, men också underskott av sjukvårdspersonal på våra sjukhus.

Resultatet visar på att den mest återkommande psykiska påverkan på den anhörige som är närvarande under ett HLR är PTSD. Att den anhörige skulle få PTSD symtom är helt beroende på personlighet och vilka tidigare erfarenheter från liknande situationer den anhörige har. I föreliggande studier (Compton et al., 2011; Jabre et al., 2013; Soleimanpour et al., 2017; Zimmerli et al., 2014) visade vikten av att anhörigas närvaro under pågående HLR inte skiljer sig beroende på geografisk nivå. Anhörigas närvaro under HLR är också associerat med positiva resultat från psykologiska variabler och var inte beroende av medicinsk utkom, ökad stress bland sjukvårdspersonalen eller konflikter sinsemellan (Jabre et al., 2013). I enlighet med tidigare studier så är PTSD symtom också den mest psykologiska påverkan på anhöriga i Iran (Soleimanpour et al., 2017). Detta bevisar på att trots att ett land som Iran, som har en rik historia med krig och förtryck, så har de faktorerna ingen inverkan när det gäller vad effekten blir för anhöriga som närvarar under HLR.

Även om PTSD är den ledande symtom som anhöriga oftast erhåller så är depression, ångest och oro viktigt att belysa. Brist på fakta kring detta område har gjort att resultatet har mestadels fokuserats på anhöriga och PTSD symtom. Vidare forskning hade behövts göra för att kunna säkerställa en mer evidensbaserad forskning kring detta område, men eftersom syftet med denna studie inte var att fokusera på vilka psykologiska effekterna är så prioriterades inte detta av författarna.

Det man kunde se hos de anhöriga, som fått valmöjligheten är att man hade lägre frekvens av PTSD, enklare sorgprocess och positivare minne av händelsen (Maxton, 2008; Tinsley et al. 2008, Jabre et al. 2013). Att bevittna ett misslyckat HLR försök av en nära anhörig på ett sjukhus eller utanför ett sjukhus kan vara associerat med vissa symtom gällande PTSD i början av förlusten. Medan preliminärt tyder det på att förhållandet existerar efter att ha kontrollerats för andra potentiella faktorer som också kan påverka benägenheten av vissa sådana symtom såsom plötslighet och platsen för hjärtstoppet (Compton et al. 2009).

Det enda som kunde skilja dessa artiklar åt var att studien av Compton et al. (2011) påvisade att det inte fanns någon signifikant skillnad av att närvara eller inte närvara under ett återupplivningsförsök mellan 30 och 60 dagar. Huruvida om uppföljningen av PTSD symtom i denna studie hade ägt rum 90 dagar efter händelsen, som i de flesta fall av artiklarna, så är det mycket möjligt att resultatet presenterats på ett annorlunda sätt. Detta har författarna tagit i beaktning i arbetet och kommit fram till att det är en viktig del av fakta värt att belysa i resultatet.

Som tidigare nämnt är PTSD den mest frekventa psykiska påverkan en anhörig upplever under ett HLR. Det finns flera anledningar till varför anhöriga inte vill närvara, men det som sticker ut mest är att anhöriga inte riktigt vet vad som kommer att hända och att det är ett alldeles för stort stresspåslag. Många anhöriga ångrade sin resolution i efterhand om att inte närvara och hade hellre velat vara med in i det sista. Det har påvisat sig vara en fördel för anhöriga att närvara och att i längden vara det som har varit rätt beslut. Beroende på personligheten och om den anhörige varit med om någon krissituation tidigare där anhörige har bevittnat ett återupplivningsförsök så utfaller förekomsten av psykologiska effekter olika. Ju fler krissituationer, desto lägre drabbas den anhörige av PTSD symtom, ångest, stress eller depression.

Även om scenariot kan upplevas som kaosartat och förvirrande så vill ändå de flesta anhöriga närvara under HLR och detta är en bättre förutsättning för framtida återanpassningar. Problemet ligger dock i att alla människor är olika och reagerar inte på samma sätt i liknande situationer. Detta kan deriveras med den anhöriges tidigare kunskaper om att hamna i krissituationer. Därför kan det vara betydelsefullt att hålla en god kommunikation mellan anhöriga och sjukvårdspersonal utifrån den anhörige vill närvara eller inte vid HLR. Lika viktigt som att hålla en god kommunikation är det också att låta sjukvårdspersonalen godta den anhöriges deltagande eller inte (De Stefano et al., 2016). Men i denna fråga bör eftersträvan om att vara närvarande främjas då resultatet explicerar på att kunna hjälpa anhöriga i kommande krisreaktion.

Metoddiskussion

Den valda metoden i föreliggande studie var icke-systematisk litteraturöversikt, metoden valdes för att skapa en översikt över anhörigas upplevelser av att närvara vid HLR. Litteraturöversikt valdes för att det är en bra metod för att identifiera aktuell forskning såväl som kunskapsluckor och förbättringsområden (Polit & Beck, 2012).

Författarna till denna studie har försökt att efterlikna den svenska vårdmiljön i den mån det går, men då sökandet efter artiklar som skulle uppfylla syftet var ett smalt område så utökades sökradien utanför primära gränser som Europa, USA och Australien. Nu i efterhand så upplever författarna att detta har påvisat sig vara ett positivt utfall för resultatet. Framst för att kunna ge en mer evidensbaserad fakta till studien, men också för att kunna belysa fler vårdkulturer runt om i världen.

Besvarandet av studiens syfte utfördes genom databassökningar som redovisas under datainsamling i en tabell, totalt 15 artiklar lästes och analyserades för att sedan kategoriseras i tre teman som återkom kontinuerligt i dessa artiklar. En integrerad analys gjordes sedermera för att sammanställa resultatet i enlighet med hur Kristensson (2014) beskriver. För att stärka arbetets trovärdighet och för att hitta relevanta artiklar så har två databaser använts. PubMed och CINAHL användes i sökningarna efter artiklar som var av betydelse för studiens syfte. PsycINFO och Google Scholar hade kunnat användas för att få en större bredd men gjordes ej i samråd med Sophiahemmet Högskolas bibliotekarie vid handledning för databassökning eftersom det fanns en liten risk att hitta artiklar som ej redan använts.

Vid databassökningen användes olika sökord varpå dessa kombinerades i olika uppsättningar för att få en så korrekt träff på sökningen. Brukandet av sökorden upplevdes svårt då sökorden som användes i artiklarna kunde variera och en synlig trend fanns sällan vilket gjorde att proceduren av att hitta relevanta artiklar komplicerades. Syftet med studien var att belysa de anhörigas upplevelser, vid sökning har ord som till exempel family, next in kin etcetera

använts då uppfattningen om vad en anhörige är skiljt sig i olika artiklar, vilket även stärkt beslutet om att ej begränsa oss till artiklar som endast definierar anhöriga som familj nödvändigtvis. Den bredare tolkningen av begreppet anhörig har även gjort att vi fått ett bredare arbete, någonting som i efterhand vid reflektion har varit nödvändigt för att inte få för få aktuella forskningsstudier.

Vidare utformades inklusions- och exklusionskriterier för att ytterligare smalna av sökresultatet så att de artiklarna som hittades uppfyllde kravet till arbetets syfte. Artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska då författarna saknar kunskap om fler språk och pålitligheten till översättningsprogram var begränsad. Detta har författarna tagit i beaktande kring denna studie då fler och mer relevanta artiklar kan ha uteslutits i resultatet. I enlighet med detta ansåg författarna av föreliggande studie sedan att de 15 artiklar som identifierades för resultatet ansågs tillräckliga för att beskriva anhörigas upplevelser av att närvara vid HLR.

Totalt 15 artiklar identifierades, varav sex stycken var från USA, två från Sverige, tre från Frankrike och en artikel från länderna Schweiz, Australien, England och Iran. Målsättningen var att endast använda artiklar skrivna i Europa, USA och länder liknande kulturellt, dock var det öppet för att eventuellt använda andra artiklar om de var relevanta för arbetets syfte. En studie som inkluderades var gjord i Iran eftersom att den ansågs vara relevant till studiens syfte samtidigt som mängden artiklar som rör anhörigas upplevelser av att närvara vid HLR är mycket begränsat forskningsområde. Även en artikel vars syfte egentligen var att beskriva patientens upplevelser användes, därför att författarna bedömde artikeln infinna sig inom ramarna över dess betydelse för resultatet. Inledningsvis var det tänkt att använda artiklar mellan 2007-2017, men eftersom urvalet inte var så stort under denna tidsperiod så inkluderades en artikel från 2005 som författarna ansågs vara betydelsefull för att uppfylla syftet.

Tillförlitligheten anses vara god i denna studie, majoriteten av artiklarna var av medel kvalitet men eftersom många av de använda artiklarna påvisade samma resultat anses en tydlig slutsats och reliabilitet finnas enligt författarna. Såväl kvalitativa som kvantitativa artiklar användes, detta för att nyansera ämnet och få en god trovärdighet.

De inkluderade artiklarna granskades med Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaps- och kvalitetsklassificering som modifierats utifrån Berg, Dencker och Skarsäter (1999) samt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Samtliga artiklar som inkluderades har klassificerats som medel kvalitet eller högre, artiklar som hittades och var av lägre kvalitet exkluderades för att få ett kvalitativt arbete. Artiklar av låg kvalitet hade kunnat inkluderas för att få en större bredd på arbetet och skapa större förståelse och arbete, men författarna av föreliggande studie beslutade i samråd med varandra att en god kvalitet var att eftersträva i första hand. Vissa svårigheter upplevdes i samband med klassificering och bedömning av de artiklar som användes, främst för att bedömningsunderlaget är ganska snävt och enbart förklarar och specificerar kriterier för hög och låg kvalitet av artiklar, men inte mellan. Det fanns inte heller någon klassificering för mixed-methods, som hade kunnat appliceras på vissa artiklar som använts i föreliggande studie.

Slutsats

Anhörigas upplevelse av att närvara vid HLR uppges vara stressfullt av de som närvarar, det finns en osäkerhet på vilken roll man själv har som anhörig vilket skapar ytterligare ett stressmoment. Oavsett om man vill närvara eller ej vid pågående HLR, så önskar man att få frågan huruvida man vill närvara eller inte. Den psykiska påverkan som uppstår beror oftast på personligheten och eventuella tidigare erfarenheter som den anhörige har varit med om i sitt liv. Att vara närvarande under ett återupplivningsförsök på eller utanför ett sjukhus som misslyckats är associerat med symtom beträffande PTSD, ångest, depression och ökad stresspåslag.

Fortsatta studier

Forskning kring anhörigas upplevelser och påverkan det har i form av psykologiska effekter är ett litet fält och att hitta relevant information om detta har varit svårt. Det är ett intressant och viktigt ämne att belysa inom sjukvården och är ett bra underlag för sjuksköterskans omvårdnadsarbete kring anhörigas närvaro eller ej. Ingen diskriminering gjordes på huruvida personerna var anhöriga till barn eller vuxna, fortsatt forskning hade varit intressant om det finns skillnader mellan olika grupper i samhället. Det behövs mer forskning för att förstå hur det upplevs och vilka effekter det har att närvara vid HLR konstaterar författarna av föreliggande studie.

Klinisk tillämpbarhet

Efter noggrant utarbetat resultat i denna litteraturstudie så har författarna kommit fram till att studien bör väcka förståelse och uppmärksamhet hos sjukvårdspersonal och annan vårdpersonal kring anhörigas upplevelser om att närvara under pågående HLR. Genom att studera resultatet får sjuksköterskan hjälp i att förstå hur viktigt det är för den anhörige att få frågan om att närvara eller inte. Likaså kan sjuksköterskan med hjälp av resultatet göra sig beredd på framtida beslut som kan tänkas uppstå. Oavsett om anhöriga vill delta eller ej så ökar denna studie medvetenheten och belyser vikten om att förebygga eventuella effekter som kan uppstå därtill efter anhörignärvaro vid HLR. Vidare anser författarna att arbetet kan användas i många olika områden inom sjukvården, just för att syftet belyser anhörigas upplevelser på sjukhus, utanför sjukhus och i hemmet. En ökad förståelse hos sjuksköterskor kring denna studie skulle kunna öka säkerheten kring av patienten och dess anhöriga och på sikt eventuellt ge en bättre vård.

REFERENSER

* Asterisk markerar artiklar som finns i resultatet
. Punkt markerar artiklar som hittats genom manuella sökningar

Andreatta, P., Saxton, E., Thompson, M., & Annich, G. (2011). Simulation-based mock codes significantly correlate with improved pediatric cardiopulmonary arrest survival rates. *Pediatric Critical Care Medicine*, *12*(1), 33-38. doi: 10.1097/PCC.0b013e3181e89270

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF

Bergh Johannesson, K., Lundin, T., Nilsson, D., Otto, U., & Michel, P-O. (Red.). (2010). *Psykotraumatologi*. Lund: Studentlitteratur

Bohm, K., Rosenqvist, M., Herlitz, J., Hollenberg, J., & Svensson, L. (2007). Survival is similar after standard treatment and chest compression only in out-of-hospital bystander cardiopulmonary resuscitation. *Circulation*, *116*(25), 2908-2912. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.710194

Bossaert, L., & Van Hoeyweghen, R. (1989). Bystander cardiopulmonary resuscitation (CPR) in out-of-hospital cardiac arrest. The Cerebral Resuscitation Study Group. *Resuscitation*, *17*(1), 55-69. doi: 10.1016/0300-9572(89)90091-9

*Bradley, C., Keithline, M., Petrocelli, M., Scanlon, M., & Parkosewich, J. (2017). Perceptions of adult hospitalized patients on family presence during cardiopulmonary resuscitation. *American Journal of Critical Care*, *26*(2), 103-110. doi: 10.4037/ajcc2017550

. *Bremer, A., Dahlberg, K., & Sandman, L. (2009). Experiencing out-of-hospital cardiac arrest: significant others' lifeworld perspective. *Qualitative Health Research* *19*(10), 1407-1420. doi: 10.1177/1049732309348369.

*Compton, S., Grace, H., Madgy, A., & Swor, R. (2009). Post-traumatic stress disorder symptomology associated with witnessing unsuccessful out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. *Academic Emergency Medicine* *16*(3) 226-229. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00336.x

*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.

*Cottle, E., & James, J. (2008). Role of the family support person during resuscitation. *Nursing Standard*, *23*(9), 43-47. doi: 10.7748/ns2008.11.23.9.43.c6719

*De Stefano, C., Normand, D., Jabre, P., Azoulay, E., Kentish-Barnes, N., Lapostolle, F.,... Adnet, F. (2016). Family Presence during Resuscitation: Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial. *PLoS one*, *11*(6), 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0156100

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

- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4:e. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Hallstrom, A., Cobb, L., Johnson, E., & Copass, M. (2000). Cardiopulmonary resuscitation by chest compression alone or with mouth-to-mouth ventilation. *New England Journal of Medicine*, 342(21), 1546-1553. doi: 10.1056/NEJM200005253422101
- Haug, E., Bjålie, J. G., Sand, O. & Sjaastad, Ø. V. (2007). *Människokroppen: Fysiologi och anatomi (2:a uppl.)*. Stockholm: Liber
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur
- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Hjärt-Lungfonden. (2012). *Plötsligt hjärtstopp: en skrift om vad som händer när hjärtat stannar*. Hämtad från: https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Pl%C3%B6tsligt_hj%C3%A4rtstopp_web_2012.pdf
- Hollenberg, J., Bång, Å., Lindqvist, J., Herlitz, J., Nordlander, R., Svensson, L., & Rosenqvist, M. (2015). Difference in survival after out-of-hospital cardiac arrest between the two largest cities in Sweden: a matter of time. *Journal of Medicine*, 257(3), 247-254. doi: 10.1111/j.1365-2796.2004.01447.x
- Hunziker, S., Johansson, A.C., Franziska, T., Semmer, N.K., Rock, L., Howell, M.D., & Marsch, S. (2011). Teamwork and leadership in cardiopulmonary resuscitation. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(24), 2381-2388. doi: 10.1016/j.jacc.2011.03.017
- Hunziker, S., Tschan, F., Semmer, N.K., Howell, M.D., & Marsch, S. (2010) Human factors in resuscitation: Lessons learned from simulator studies. *J Emerg Trauma Shock*, 3(4), 389-394. doi: 10.4103/0974-2700.70764
- International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Rev.utg.)*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Iwami, T., Kawamura, T., Hiraide, A., Berg, R., Hayashi, Y., Nishiuchi, T.,... Nonogi, H. (2007). Effectiveness of bystander-initiated cardiac-only resuscitation for patients with out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation*, 116(25), 2900-2907. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.189380
- *Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F.,... Tazarourte, K. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *The New England Journal of Medicine*, 368(11), 1008-1018. doi: 10.1056/NEJMoa1203366
- *Jabre, P., Tazaroute, K., Azoulay, E., Borron, S., Belpomme, V., Jacob, L.,... Adnet, F. (2014) Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive Care Medicine*, 40(7), 918-987. doi: 10.1007/s00134-014-3337-1
- Johansson, L. (2016). *Anhörig i nöd och lust*. Höganäs: Vårdförlaget.

Kock-Redfors, M. (2002). *Plötslig oväntad död: Att ta hand om anhöriga i akut kris*. Sävedalen: Warne Förlag.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik - för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

*Leske, S., McAndrew, N., & Brasel, K. (2013). Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 20(2), 55-85. doi: 10.1097/JTN.0b013e31829600a8

Lundin, T. (2006). Katastrofpsykiatri och sena stressreaktioner. I J. Cullberg (Red.), *Kris och utveckling* (s.179-212). Stockholm: Natur & Kultur

Marshall, S.D., & Flanagan, B. (2010). Simulation-based education for building clinical teams. *Journal of Emergency Trauma and Shock*, 3(4), 360-368. doi: 10.4103/0974-2700.70750

*Maxton, F.JC. (2008). Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3168-3176. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02525.x

Moons, P., & Norekvål, T. M. (2008). European Nursing Organizations Stand Up for Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation: A Joint Position Statement. *Progress in Cardiovascular Nursing*. 23(3), 136-139. doi: 10.1111/j.1751-7117.2008.00004.x

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer

Powers, K A., & Candela, L. (2016). Family presence during resuscitation: Impact of online learning on nurses' perception and self-confidence. *American Journal of Critical Care*, 25(4), sidor 302-309. doi: 10.4037/ajcc2016814

Resuscitation Council, (UK) (1996). *Should relatives witness resuscitation*. Resuscitation Council UK, London. Hämtad från: <https://www.resus.org.uk/archive/archived-cpr-information/should-relatives-witness-resuscitation/>

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

Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B., Sundell, E., & Oesch-Börman, C. (2017). The vulnerability of family caregivers in relation to vulnerability as understood by nurses *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 112-119. 10.1111/scs.12325

Sayre, R. M., Berg, A. R., Cave, M. D., Page, L. R., Potts, J., & White, D. R. (2008) Hands-only (compression-only) Cardiopulmonary resuscitation: a call to action for bystander response to adults who experience out-of-hospital sudden cardiac arrest: a science advisory for the public from the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee. *Circulation*, 117(16) 2162-2167 doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.189380

Socialstyrelsen. (2004). Termbanken. Hämtad 2 maj, 2017, från <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=273>

*Soleimanpour, H., Tabrizi, J.S., Rouhi, A.J., Golzari, S.E., Mahmoodpour, A., Esfanjani, R.M., & Soleimanpour, M. (2017). Psychological effects on patient's relatives regarding their presence during resuscitation. *J Cardiovasc Thorac Res*, 9(2), 113-117. doi: 10.15171/jcvtr.2017.19

Svenska Läkaresällskapet. (2013) Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR). [Broschyr]. Hämtad från: <http://www.sls.se/globalassets/sls/etik/dokument/riktlinjer20maj-2.pdf>

Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2012). Hjärtstopp på sjukhus: Behandling och utbildning. [Broschyr]. Hämtad från: <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/Hjartstopp-pasjukhus-rev-2012.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Hämtad från: <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/>

*Tinsley, C., Hill, J., Shah, J., Zimmerman, G., Wilson, M., Frejer, K., & Abd-Allah, S. (2008). Experience of families during cardiopulmonary resuscitation in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics*, 122(2), 799-804. doi: 10.1542/peds.2007-3650

*Twibell, R.S., Craig, S., Siela, D., Simmonds, S., & Thomas, C. (2015). Being there: Inpatients' perceptions of family presence during resuscitation and invasive cardiac procedures. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 108-115. doi: 10.4037/ajcc2015470

Van Hoeyweghen, R., Bossaert, L., Mullie, A., Calle, P., Martens, P., Buylaert, W., & Delooz, H. (1993) Quality and efficiency of bystander CPR: Belgian Cerebral Resuscitation Study Group. *Resuscitation*, 26(1), 47-52. Hämtad från: [http://www.resuscitationjournal.com/article/0300-9572\(93\)90162-J/abstract](http://www.resuscitationjournal.com/article/0300-9572(93)90162-J/abstract)

Waalewijn, R., Tijssen, J., & Koster, R. (2001). Bystander initiated actions in out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: results from the Amsterdam Resuscitation Study (ARRESUST). *Resuscitation*, 50(3), 273-279. doi: 10.1016/S0300-9572(01)00354-9

Wagner, J. M. (2004). Lived experience of critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 13(5), 416-420. Hämtad från <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/5/416.full.pdf+html>

*Weslien, M., Nilstun, T., Lundqvist, A., & Fridlund, B. (2005). When the unreal becomes real: family members' experiences of cardiac arrest. *Nursing in Critical Care*, 10(1), 15-22. doi: 10.1111/j.1362-1017.2005.00094.x

Wiklund Gustin, L. (2015) *Psykologi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar)

*Zimmerli, M., Tisljar, K., Balestra G., Langewitz, M., Marsch, S., & Hunziker. (2014).
Prevalence and risk factors for post-traumatic stress disorder in relatives of out-of-hospital
cardiac arrest patients. *Resuscitation*, 85(6), 801-808. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.02.022

Bilaga A

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avvsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bradley C, Keithline M, Petrocelli M, Scanlon M, Parkosewich J 2017 USA	Perceptions of Adult Hospitalized Patients on Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation	Syftet var att utforska patientens uppfattningar samt hitta faktorer associerade med anhörigas närvaro under hjärt- och lungräddning.	Metoden var en tvärsnittsstudie av 117 slumpmässigt utvalda vuxna patienter. Deltagarna intervjuades och fick svara på ett formulär om fem frågor.	117 (-)	Resultatet visade att ungefär hälften av deltagarna var överens om eller starkt överens om att familjens närvaro under återupplivningen var viktig. Den anhörige ska vara den som fattar beslutet om att själv vara närvarande och att patienten kan ge sitt medgivande före händelsen ansåg ungefär hälften av deltagarna.	K II
Bremer A, Dahlberg K, Sandman, L. 2009 Sverige	Experiencing Out-of-Hospital Cardiac Arrest: Significant Others' Lifeworld Perspective	Beskriva hur partnern till den drabbade personen av hjärtstopp upplever att vara närvarande vid hjärtstopp utanför sjukhus.	Intervju studie med sju stycken partners till den drabbade personen av hjärtstopp. Kvalitativ deskriptiv studie i ett fenomenologiskt livsvärldsperspektiv.	7 (-)	Initialt så blir partnern förvånad följt av katastrofkänsla, chock och rädsla - kraven på sig själv att agera och ta ansvar växer under tiden de förstår vad som händer. Hopp och lugn infinner sig inte förrän ambulans anländer på plats med sjukvårdspersonal. Man vill gärna hjälpa till personalen i den mån man kan utan att vara i vägen.	K II
Compton S, Grace H, Madgy A, Swor R 2008 USA	Post-Traumatic Stress Disorder Symptomology Associated with Witnessing Unsuccessful Out-of-hospital Cardiopulmonary Resuscitation	Att bedöma psykologiska effekterna, symtom av eventuellt PTSD hos de som bevittnade HLR som ej lyckats och således resulterat i dödsfall utanför sjukhus.	Strukturerad intervjustudie av 54 personer som antingen närvarat eller ej närvarat vid HLR utan återupplevnad. Prospektiv kohortstudie, minst 1 månad efter det inträffade.	82 (28)	De som bevittnade återupplevnadsförsöket som ej lyckades utanför en sjukhusmiljö hade dubbelt så hög poäng på PTSD poängskalan än de som ej bevittnade försöket.	P II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Compton, S., Levy, P., Griffin, M., Waselewsky, D., Mango, L., & Zalenski, R. 2011 USA	Family-Witnessed Resuscitation: Bereavement Outcomes in an Urban Environment	Jämföra utkomsten i form av sorgrelaterad depression och PTSD efter HLR för anhöriga som väntade i väntrummet och de som närvarade på akutmottagningen.	Prospektiv jämförande studie genomförd på två stora stadssjukhus i USA med vuxna anhöriga över 18 år gamla. Intervjuades 30 och 60 dagar efter händelsen.	65 (-)	Sorgrelaterad depression och PTSD förekommer i gruppen som bevitnade HLR såväl som i de som ej bevitnade. 24 personer bevitnade HLR inne på akutrummet och 41 var i väntrummet, det fanns ingen skillnad på utkomsten 30 eller 60 dagar efter händelsen av huruvida man utvecklade PTSD eller sorgrelaterad depression som är avvikande för någon grupp.	CCT II
Cottle EM, James JE. 2008 England	Role of the family support person during resuscitation.	Diskutera och påvisa vikten av att sjukvårdspersonal finns tillgänglig och effekterna av att personal finns dedikerad för de anhöriga under HLR.	Kvalitativ studie av brittisk sjuksköterska som beskriver effekterna av de anhöriga får en dedikerad person som finns för dem under HLR.	(-)	En person dedikerad till den anhöriga under HLR är viktigt, synnerligen sjuksköterskor som har klinisk förståelse och erfarenheter vilket gör det enklare att stödja den anhöriga. Om återupplivningsförsöket ej fungerar så finns en önskan hos den anhöriga om emotionellt stöd och förklaringar samt svar på frågor.	K II
De Stefano C, Normand D, Jabre P, Azoulay E, Kentish-Barnes N, Lapostolle F, Baubet T, Reuter PG, Javaud N, Borron SW, Vicaut E, Adnet F 2016 Frankrike	Family Presence during Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial	Syftet var att genom en systematisk kvalitativ analys förstå hur familjer upplever en anhörigs HLR genom att specificera den känslomässiga betydelsen av fördelarna och nackdelarna med att närvara	En multicenter studie där urvalet var 75 slumpmässigt utvalda familjemedlemmar. Datainsamlingen gjordes genom att intervjua deltagarna. Intervjuerna spelades in och transkriberades på verbatim.	75 (45)	Resultatet tyder på att utövandet av att erbjuda familjemedlemmar valet om huruvida att delta i återupplivningsförsöket eller ej, har en känslomässigt skyddande effekt inför denna potentiellt traumatiska händelse.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, Tazarourte, K 2013. Frankrike.	Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation	Utvärdering av effekterna huruvida den anhöriga valde att närvara eller inte närvara samt vilken inställning man hade mot sjukvårdspersonalen.	Randomiserad kontrollerad studie där 570 anhöriga till patienten som befann sig i pågående HLR eller hjärtstillestånd. Analys av upplevelse på lång sikt, minst 90 dagar samt utvecklandet av PTSD och ångest, depression. Endast vuxna deltagare inkluderades.	570 (95)	Återkommande hinder för anhörignärvaro framträdde var osäkerhet, rädsla, resursbrist inför att rapportera symtom som kunde leda till sjukhusvistelse. Kvalitén på utförda hjärt och lungräddningen påverkades ej av anhörignärvaro. Mindre grad av PTSD efter 90 dagar vid närvaro under HLR.	RCT I
Jabre P, Tazarourte K, Azoulay E, Borron SW, Belpomme V, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, Combes X, Galinski M, Pinaud V, Destefano C, Normand D, Beltramini A, Assez N, Vivien B, Vicaut E, Adnet F. 2014 Frankrike	Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment.	Utvärdering av den psykologiska effekten vid anhörignärvaro hos de som närvarat respektive ej närvarat vid HLR efter ett år ur den tidigare genomförda Franska studien år 2013.	Prospektiv randomiserad kontrollerad studie uppföljning av anhöriga som närvarat vid HLR efter 1 år, endast vuxna deltagare. 408 personer evaluerades.	570 (162)	De anhöriga som följdes upp ett år efter närvarandet eller inte närvarandet vid hjärtstopp så kunde man se att de som närvarade HLR hade i lägre grad depression och PTSD symtom. Bland de som ej närvarade så kunde resultatet ses att frågan om att närvara resulterade i mindre grad av depression och PTSD.	R II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

År Land	Författare	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
	Leske, S., McAndrew, N., & Brasel, K. 2013 USA	Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma	Beskriva familjemedlemmars upplevelse efter omväldigande upplevelse framförallt trauma och skottskada.	Kvalitativ deskriptiv studie med 28 deltagare, en familjemedlem ifrån den drabbade, 18 år eller äldre.	28 (-)	De anhöriga har en syn på sjukvårdspersonalen som de som ska fixa patienten medan de ser sig själva i en roll att stödja och skydda patienten. Familjemedlemmarna ville gärna närvara, delvis för synen på sin egna roll men även för att ha koll på sjukvårdspersonalen framkom	K II
	Maxton FJC 2008 Australien	Parental presence during resuscitation in the PICU: The parents' experience	Att få en fördjupad förståelse kring betydelsen av att ha en förälder närvarande eller frånvarande under ett återupplivningsförsök på sitt i barn på en barnintensivvårdsavdelning.	En kvalitativ studiedesign där 14 föräldrar av svårt sjuka barn blivit intervjuade efter att barnet antingen hade överlevt eller gått bort efter återupplivningsförsöket. Banden transkriberades och analyserades.	14 (-)	Fyra teman fångade föräldrarnas upplevelser; 1 var bara ett barn, 2 förståelse av en levande mardröm, 3 upprätthålla hopp om verkligheten, 4 bo i ett förhållande med personalen. Där alla bidrar till den gemensamma tolkningen av fenomenet "dela och överleva återupplivandet".	K II
	Soleimanpour H, Tabrizi JS, Rouhi AJ, Golzari SE, Mahmoodpoor A, Esfanjani RM, Soleimanpour M 2017 Iran	Psychological effects on patient's relatives regarding their presence during resuscitation	Syftet med studien var att undersöka de psykologiska effekterna som kan inträffa på den anhörige när denne är närvarande under en hjärt- och lungräddning.	Metoden som användes var i en typ av interventionell studies om utfördes på nära släktingar under en sex månadersperiod. Inklusionskriterierna var hjärtstillestånd och 18 års ålder eller mer. Deltagarna kontaktades efter 90 dagar på telefon och fylla i ett standarformulär som sedan analyserades.	113 (-)	Ingen signifikant skillnad observerades mellan kontrollgruppen och interventionsgruppen avseende demografiska egenskaper. Utvärderingen efter 90 dagar visade att depression, ångest och PTSD var signifikant och mer förebyggande i kontrollgruppen än interventionsgruppen.	RCT II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Tinsley C, Hill B, Shah J, Zimmerman G, Wilson M, Freier K, Abd-Allah S 2008 USA	Experience of Families During Cardiopulmonary Resuscitation in a Pediatric Intensive Care Unit	Syftet var att undersöka föräldrars upplevelse av att närvara och deras uppfattade effekt av närvaron samt få reda på de hade rekommenderat närvaro till andra föräldrar.	Intervjustudie av 41 personer med kvalitativ dataanalys, endast föräldrar eller vårdnadshavare intervjuades 6 månader efter dödsfall.	41 (-)	Majoriteten av de intervjuade ångrar inte att de var närvarande under pågående HLR, och tror även att deras närvaro även tröstade deras barn och den sorgeprocessen efter konstaterat dödsfall. Det som hjälpte mest var att vara närvarande, uppdateringar ifrån presonalen hjälpte i mindre grad även om det uppskattades. Även de som nekade att vara närvarande under HLR uppskattade och tyckte att alternativet borde finnas och framhållas.	K I
Twibell RS, Craig S, Siela D, Simmonds S, Thomas C 2015 USA	Being There: Inpatients' Perceptions of Family Presence During Resuscitation and Invasive Cardiac Procedures	Att undersöka slutenvårdspatienters uppfattningar om anhörigas närvaro under återupplivning, nära återupplivning och oförutsedda hjärtkomplikationer kort efter den livshotande händelsen.	Kvalitativ studie där data samlades ihop från intervjuer mellan 13 och 96 timmar efter händelsen. Datan spelades in med ljud, transkriberades och analyserades.	48 (-)	De flesta deltagare föredrog anhörignärvaro även om det varierade vid olika typer av krishändelser såsom patientens förutsägelser om den anhöriges upplevelser samt vilken typ av anhörig. Nya perspektiv uppstod om patienters beslutfattande i samband med närvaro av anhörig.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

År Land	Författare	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
	Weslien M, Nilstun T, Lindqvist A, Fridlund B 2005 Sverige	When the unreal becomes real: family members' experiences of cardiac arrest	Syftet med studien var att försöka få förståelse för anhörigas upplevelse av hjärtstopp.	Semi-strukturerade intervjuer med anhöriga som närvarat vid hjärtstopp i ett holistiskt perspektiv. Perspektiv på 5-34 månader efter med fokus på innehållsanalys.	17 (-)	Anhöriga identifierade tidigt behovet av att påkalla hjälp, när sjukvårdspersonal utanför sjukhus så upplevde de stress och glömde sina behov. Vid ankomst till sjukhus började frågor uppstå och önskan om att bli omhändertagen.	K II
	Zimmerli M, Tisljar K, Balestra GM, Langewitz W, Marsch S, Hunziker S 2014 Schweiz	Prevalence and Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder in Relatives of Out-of-Hospital Cardiac Arrest Patients	Syftet var att studera PTSD frekvensen och riskfaktorer hos anhöriga till utomsjukhuspatienter.	En observationsstudie där 101 vuxna anhöriga deltog och intervjuades genom att använda validerad frågeformulär.	199 (98)	Anhöriga till patienter på intensivvårdsavdelning löper större risk att drabbas av PTSD. Detta kan förutspås av tre olika faktorer såsom kvinnligt kön, tidigare depressioner och familjens uppfattning av otillräcklig terapi för patienten. Tre andra faktorer som inte var associerade med PTSD var hypotermisk behandling av patienten, försenad information från personalen och konflikter mellan anhöriga och personal.	P II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet