

**ANHÖRIGAS UPPLEVELSE AV ATT NÄRVARA VID PLÖTSLIGT
HJÄRTSTOPP HOS EN FAMILJEMEDLEM**
En litteraturöversikt med ett systematiskt tillvägagångssätt

**RELATIVES' EXPERIENCES OF BEING PRESENT WHEN A FAMILY
MEMBER HAS A SUDDEN CARDIAC ARREST**
A literature review with a systematic approach

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning ambulanssjukvård & hjärtsjukvård, 60
högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2021-04-04
Kurs: Ht20

Författare:
Sharon Rakovic

Carl-Fredrik Ekedahl

Handledare:
Marie Tyrrell

Examinator:
Veronica Lindström

SAMMANFATTNING

Plötsligt hjärtstopp är en av de vanligaste förekommande dödsorsakerna hos människor världen över och flertalet sker prehospitalt. Det ökar sannolikheten för anhöriga att vara närvarande när en familjemedlem drabbas av hjärtstopp. Då anhöriga ofta har en känslomässig koppling till familjemedlemmen som utvecklat hjärtstopp kan det leda till en traumatisk upplevelse för anhöriga. Genom att sammanfatta nuvarande kunskapsläge och beskriva anhörigas upplevelse av att närvara vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem möjliggörs att adekvat stöd och vård erbjudas av sjuksköterskan.

Syftet med detta arbete var att beskriva anhörigas upplevelse av att närvara vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem.

En litteraturöversikt med ett systematiskt tillvägagångssätt valdes som metod för att svara på syftet. Den systematiska sökningen utfördes i databaserna PubMed, Cinahl och PsychINFO. Från dessa sökningar inkluderades 15 artiklar publicerade mellan år 2010 och 2020 i litteraturöversikten. Kvalitetsgranskning utfördes och artiklarna analyserades genom en integrerad analys.

Resultatet som framkom efter genomförd integrerad analys utmynnade i tre kategorier och sju subkategorier. De tre kategorierna var: "De första känslorna och reaktionerna", "Vikten av delaktighet, stöd och information" samt "Livet efter hjärtstopp". Resultatet påvisar att anhöriga upplever starka känslor och reaktioner när de närvarar vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem. Anhöriga har även ett behov av att få vara delaktiga under det plötsliga hjärtstoppet samt behov av att få tillräcklig information och god kommunikation med vårdpersonalen.

Att närvara vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem påverkar anhöriga och väcker starka känslor och reaktioner. Vårdpersonalens agerande har en avgörande betydelse för hur anhöriga hanterar situationen och deras upplevelse av hälsa. Det är sjuksköterskans ansvar att arbeta på ett sätt som främjar hälsa och förebygger sjukdom. För att göra detta krävs kännedom kring hur man främjar det i mötet med anhöriga vid plötsligt hjärtstopp. Därav måste det ges möjlighet för anhörig att närvara och hållas informerad för att på så vis ge bästa möjliga förutsättningar för den anhöriga att hantera situationen.

Nyckelord: Anhöriga, Hjärtstopp, Närvaro, Upplevelse, Familjefokuserad omvårdnad

ABSTRACT

Sudden cardiac arrest is one of the most common causes of death in humans worldwide and most of these sudden cardiac arrests occur prehospital. It increases the likelihood of relatives being present when a family member suffers a sudden cardiac arrest. As relatives often have an emotional connection to the family member who has developed a sudden cardiac arrest, it can lead to a traumatic experience for relatives. By summarizing the current state of knowledge and describing the relatives' experience of being present when a family member has a sudden cardiac arrest, it enables the possibility for the nurse to offer adequate support and care.

The aim was to describe relatives' experience of being present when a family member has a sudden cardiac arrest.

A literature review with a systematic approach was chosen as the method of choice for this study. A systematic search was conducted in three databases: PubMed, Cinahl and PsychINFO. From these searches, 15 articles published between year 2010 and 2020 were included in the literature review. The quality of articles were surveyed and a data analysis was carried out using an integrated analysis.

The result that emerged after the completion of the integrated analysis, resulted in three categories and seven sub-categories. The categories was "The first emotions and reactions", "The importance of participation, support and information" and "Life after cardiac arrest". The results show that relatives experience strong feelings and reactions when they are present when a family member develops a sudden cardiac arrest. Relatives have the need to be involved during a sudden cardiac arrest and a need to get sufficient information and good communication with the medical staff.

Being present when a family member is having a cardiac arrest affects relatives and evokes strong feelings and reactions. The actions of the medical staff are of crucial importance for how the relatives handle the situation and their perception of health. It is the nurse's responsibility to work in a way that promotes health and prevents illness. To do this, knowledge is required about how to promote this in the meeting with relatives in the event of a sudden cardiac arrest. Therefore must the opportunity to attend and be kept informed be given to the relatives in order to give the relatives the best possible conditions to handle the situation.

Keywords: Relatives, Cardiac arrest, Presence, Experience, Family-focused care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	3
Etiologi plötsligt hjärtstopp.....	3
Överlevnad och behandling vid plötsligt hjärtstopp.....	3
Anhörig.....	5
Att vara anhörig vid ett plötsligt hjärtstopp.....	5
Sjuksköterskans professionella ansvar.....	5
Sjuksköterskans professionella ansvar vid plötsligt hjärtstopp	6
Teoretisk utgångspunkt- familjefokuserad omvårdnad	6
Upplevelse	7
Närvaro	7
Problemformulering.....	8
SYFTE	8
METOD	8
Design	8
Urval	8
Datainsamling	8
Kvalitetsgranskning	11
Dataanalys.....	11
Forskningsetiska överväganden.....	12
RESULTAT	13
De första känslorna och reaktionerna	14
Vikten av delaktighet, stöd och information.....	14
Livet efter hjärtstopp	16
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	19
Slutsats.....	22
REFERENSER	24

Bilaga A- Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011.

Bilaga B- Artikelmatris

BAKGRUND

Etiologi plötsligt hjärtstopp

Att utveckla plötsligt hjärtstopp är en av de vanligaste förekommande dödsorsakerna hos människor världen över. Ett plötsligt hjärtstopp inträffar när en persons hjärtrytm blir oorganiserad och hjärtats förmåga att pumpa ut blod i kroppen försvinner vilket leder till att personen förlorar medvetandet (Huang et al., 2014). Under år 2019 rapporterades det 5934 fall av personer i Sverige med plötsligt hjärtstopp till hjärt-lungräddningsregistret. Av dessa räddades 1532 personer till livet, fördelat på 626 utanför sjukhus och 906 på sjukhus. År 2019 orsakades 60 procent av alla hjärtstopp på hjärtsjukdom. Andra orsaker till att personer utvecklade plötsligt hjärtstopp var druckningstillbud, självmordsförsök, lungsjukdom, olyckor samt överdosering av substans eller läkemedel (Hjärt-lungräddningsregistret, 2019). I studien av Wisten et al. (2016) visades att de vanligaste orsakerna för plötsligt hjärtstopp hos unga svenskar upp till 35 års ålder var Sudden arrhythmic death syndrome (SADS), kranskärlssjukdom och myokardit.

Enligt Huang et al. (2014) kan hjärtstopp delas in i tre olika grupper av hjärtrytmier; ventrikelflimmer, ventrikeltakykardi samt pulslös elektrisk aktivitet inklusive asystoli, där ventrikelflimmer samt ventrikeltakykardi var de vanligaste hjärtrytmier som orsakar ett hjärtstopp. Ventrikelflimmer beskrivs som kaotisk elektrisk aktivitet i hjärtmuskelcellerna som uppkommer av samtidig impulsbildning från flera olika fokus i hjärtat. Det leder till att kamrarna flimrar i stället för att dra ihop sig vilket leder till ett mekaniskt hjärtstopp. Ventrikeltakykardi uppkommer när ett specifikt fokus i kamrarna skapar en snabb hjärtfrekvens vilket kan leda till att cirkulationen minskar eller upphör (Suserud, 2016). Pulslös elektrisk aktivitet kan definieras som elektrisk aktivitet i hjärtmusklerna men som ej genererar några hjärtslag, och vid asystoli saknas elektrisk aktivitet helt (Mehta & Brady, 2012).

Överlevnad och behandling vid plötsligt hjärtstopp

Den procentuella överlevnaden för en person med plötsligt hjärtstopp i Sverige år 2019 var elva procent (n= 652) om de inträffade utanför sjukhus och 37 procent (n= 2195) på sjukhus (Hjärt-lungräddningsregistret, 2019). I studien Larribau et al. (2018) studerades överlevnaden hos människor med plötsligt hjärtstopp efter införandet av nya europeiska riktlinjer 2010 och de beskrev att chansen att överleva plötsligt hjärtstopp förbättrats genom en ökad kvalitet på given vård. Vidare beskrevs att tidigt påbörjad Hjärt-lungräddning (HLR) och tidig defibrillering ökade möjligheterna till överlevnad hos en person med plötsligt hjärtstopp. Enligt McNally et al. (2011) hade en person med plötsligt hjärtstopp störst chans att överleva om hjärtstoppet var bevitnat av en person som genast påbörjade HLR, överlevnadschansen blev ännu högre om det snabbt fanns tillgång till en defibrillator. Om HLR påbörjades först när ambulans var på plats minskade möjligheterna att överleva drastiskt. Valenzuela et al. (1997) visade på att om inte HLR påbörjades inom 10 minuter från det att en person fått plötsligt hjärtstopp var chanserna mycket små att personen överlevde. Sannolikheten att överleva var samtidigt som störst om HLR påbörjas tidigt. Vid behandling av en person med plötsligt hjärtstopp ska det snabbt påbörjas bröstkompressioner, andningen ska assisteras samt personen kopplas till en defibrillator när det är möjligt (Andersen et al. 2019). När en defibrillator kopplas till en person kan den analysera hjärtrytmen och beroende på hjärtrytm kan den ge personen en strömstöt genom hjärtat. Strömstöten avbryter det elektriska kaoset och ger hjärtat möjlighet att återställa en ordnad rytm. Låter man ett ventrikelflimmer vara

obehandlat kommer den elektriska aktiviteten så småningom upphöra och leda till en terminal asystoli. Defibrilleringsbar hjärtrytm är ventrikeltakykardi och ventrikelflimmer (Suserud, 2016).

Vid händelsen att en person utvecklar plötsligt hjärtstopp finns ett koncept framtaget av European resuscitation council som kallas "kedjan som räddar liv". Kedjan består av fyra länkar där varje länk sammanfattar- och följs av nästa länk som ska bidra till ökade möjligheter att få en person med plötsligt hjärtstopp att överleva. Första steget är att känna igen symtom som kan föranleda plötsligt hjärtstopp, till exempel bröstsmärta, och att den person som bevittnar händelsen larmar efter ambulans. Steg två är att den som bevittnar hjärtstoppet påbörjar HLR. Är personen inte utbildad i HLR har larmoperatör på larmcentralen möjlighet att via telefon förklara och instruera HLR i väntan på ambulans (Koster et al., 2010). Förmågan att en larmoperatör kan instruera en person i att utföra HLR trots att personen inte har utbildning har ökat möjligheterna för en person med plötsligt hjärtstopp att tidigt få de livräddande åtgärderna påbörjade (Vaillancourt et al., 2007). Steg tre är att snabbt och helst inom tre till fem minuter ha en defibrillator kopplad till personen. Det fjärde och sista steget syftar till standardiserade behandlingar intrahospitalt med till exempel kontrollerad sänkt kroppstemperatur, för att öka chansen till förbättrade neurologiska funktioner hos den överlevande (Koster et al., 2010). Faktorer som kan förbättra överlevnaden om patienten återfår cirkulation efter plötsligt hjärtstopp är åtgärder som koronarangiografi, percutan coronar intervention (PCI), implantation av implantable cardioverter defibrillator (ICD) samt utförande av kranskärlskirurgi (Balian et al., 2019; Girotra et al., 2015). När en person återfår en fungerande cirkulation efter plötsligt hjärtstopp är efterföljande vård inriktad på att finna och behandla den underliggande orsaken till hjärtstoppet, stödja cirkulation, andning och vid behov behandling med sänkt kroppstemperatur i försök att skydda hjärnfunktionen (Andersen et al., 2019; Girotra et al., 2015).

Uppföljning av överlevande efter plötsligt hjärtstopp

I en studie av Buanes et al. (2015), där de studerat överlevare av plötsligt hjärtstopp med identifierades att var fjärde person hade minnessvårigheter fyra år efter händelsen trots att överlevarna bedömts ha god kognitiv förmåga. Det var framförallt korttidsminnet och den exekutiva förmågan som var försämrade vilket bidrog till en egenskattad försämring av livskvalitén.

Svenska HLR-rådet har 2016 tagit fram nationella riktlinjer för hur uppföljningen ska se ut för den som överlevt plötsligt hjärtstopp. Före utskrivning från sjukhuset görs en uppföljningsplan med patienten där de erbjuds information och en kontaktperson. Även anhöriga bör erbjudas att delta vid uppföljning, vilket ska ske inom en till tre månader efter utskrivning. Återbesöket bör ske vid en hjärtmottagning och har patienten vårdats på intensivvårdsavdelning (IVA) bör även ett återbesök till post-IVA mottagning ske. Vid återbesöket identifieras behov av eventuell fortsatt uppföljning av mottagningen eller om det ska genomföras ett övertagande av primärvården. Under uppföljningsbesöket kontrolleras bland annat att patienten och anhörig erhållit tillräckligt med information om och kring hjärtstoppet, screening av kognitiva svårigheter samt screening av emotionella svårigheter (HLR-rådet, 2016).

Anhörig

Att vara anhörig till en familjemedlem innebär att den anhöriga utgör en del av det sociala system som familjemedlemmen har. Att vara en del i det sociala systemet innebär att när en familjemedlem utvecklar ohälsa påverkas även anhöriga (Kinrade et al., 2011).

Socialstyrelsen (2019) definierar ordet anhörig som en person som någon anser sig ha en nära relation till. Vidare omfattar termen anhöriga personer som stödjer eller vårdar en annan person som de har en nära relation till (Socialstyrelsen, 2019). I detta arbete omfattar och definieras begreppet anhörig utifrån Socialstyrelsens beskrivning av termen.

Att vara anhörig vid ett plötsligt hjärtstopp

Vid plötsligt hjärtstopp ska anhöriga erbjudas möjligheten att få närvara vid HLR (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). Under pågående HLR ska även personal avsättas för att kontinuerligt ge information om förloppet samt verka som ett stöd för den anhöriga (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). Tidigare studier beskriver att information och bemötande är viktiga aspekter för anhöriga, speciellt vid ett misslyckat återupplivningsförsök. (Davidson et al., 2012; Gries et al., 2010). Ett plötsligt hjärtstopp är ofta oväntat och kan leda till en traumatisk upplevelse för anhöriga (Parsons, 2016). Då World Health Organizations (WHO) (1948) definition av hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte bara frånvaro av sjukdom så bör anhöriga betraktas som egna personer av sjukvården som riskerar att utveckla ohälsa och därmed erbjudas vård och stöd. Ett interprofessionellt arbetssätt, bra kommunikation och tillräcklig information har visats vara grundläggande för att anhöriga ska kunna bearbeta en traumatisk kris och därmed påbörja processen mot hälsa (Ågård et al., 2019). Efterförloppet vid plötsligt hjärtstopp för den som drabbats av hjärtstoppet kräver ofta långa perioder av rehabilitering och den traumatiska upplevelsen som uppstår kan ha långvariga effekter på både patienten och dess anhöriga (Kinrade et al., 2011).

Sjuksköterskans professionella ansvar

Det ligger inom den legitimerade sjuksköterskans kompetensområde att bedriva omvårdnad utifrån de sex olika kärnkompetenserna som innefattar personcentrerad vård, förbättringskunskap, samverkan i team, säker vård, evidensbaserad vård och informatik (Sherwood & Barnsteiner, 2013). Sjuksköterskan ansvarar för omvårdnaden och ska i teamsamverkan, självständigt och i partnerskap med patienten och dennes anhörig planera, genomföra och utvärdera omvårdnaden som bedrivs i syfte att främja patientens hälsa och välbefinnande (Sherwood & Barnsteiner, 2013). Att bedriva god omvårdnad tillsammans med patienten och dennes anhöriga och arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt kräver att sjuksköterskan etablerar förtroendefulla relationer med patienten och dennes anhöriga (McCance & McCormack, 2019). Detta helhetsperspektiv grundar sig i en förståelse för patientens och anhörigas grundläggande och komplexa behov och de erfarenheter och upplevelser som patienten och anhöriga har. Behoven och upplevelserna kan anta olika dimensioner, fysiska, psykosociala, andliga och kulturella (McCance & McCormack, 2019). Helhetsperspektivet kring en patient och dennes anhöriga är unik vilket leder till att omvårdnaden måste anpassas till varje enskild individ (Godbold & Lees, 2016). En ökad medvetenhet hos sjuksköterskan om patienters och anhörigas olika värderingar, tro och resurser kan leda till ett mer professionellt arbetssätt som stärker sjuksköterskans professionella självkänsla och därmed underlättar beslut i svåra etiska dilemman. En ökad

professionell självkänsla hos sjuksköterskan kan även leda till ett bättre bemötande av patienten och dennes anhöriga (Iacobucci et al., 2013).

Sjuksköterskans professionella ansvar vid plötsligt hjärtstopp

Betydelsen av att etablera en förtroendefull relation är viktigt vid traumatiska upplevelser (Baumhover & May, 2013). Vid ett kritiskt sjukdomstillstånd och vårdtiden efteråt kan anhöriga behöva mycket stöd och information kring vad som har hänt och vad som kan komma att hända (Baumhover & May, 2013). Då anhöriga erbjuds att delta vid plötsligt hjärtstopp är det sjuksköterskans uppgift att informera anhöriga om vad den anhöriga kommer bevittna samt att inte skuldbelägga den anhöriga oavsett dennes val (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Är anhöriga närvarande vid plötsligt hjärtstopp är det sjuksköterskans ansvar att på ett tydligt och förståeligt sätt förklara för den anhöriga om vad som sker och kommer ske samt om återupplivningsförsöket misslyckas förklara orsakerna till detta (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Det är sjuksköterskans ansvar att ge patienten och anhöriga information, verktyg och möjligheter att hantera den akuta situationen men även under rehabiliteringen. Genom att ge anhöriga information och resurser kan en ökad förståelse och kunskap om vad som föranleder plötsligt hjärtstopp, om sekundärpreventiva åtgärder samt vilka psykiska påföljder plötsligt hjärtstopp kan medföra kan det stärka välbefinnandet och livskvaliteten hos anhöriga (Bergbom, 2019). Genom att etablera en förtroendefull relation och involvera anhöriga i omvårdnaden kan sjuksköterskan få en bättre uppfattning om vilka verktyg och behov den enskilda patienten och dennes familj har för att främja hälsa och minska lidande (Cartledge et al., 2018). Cartledge et al. (2018) betonar vikten av en god förståelse för familjens uppbyggnad och resurser är nödvändigt för att kunna bedriva en god omvårdnad samt för att planera upp den vård patienten och anhörig ska erhålla. De menar även att tidig insättning av resurser och delaktighet i vårdprocessen är de viktigaste faktorerna för en positiv utveckling för patienten och familjens hälsa.

Teoretisk utgångspunkt- familjefokuserad omvårdnad

Ett sätt att möta familjer inom vården och arbeta familjefokuserat är att använda sig av familjefokuserad omvårdnad. Familjefokuserad omvårdnad är ett begrepp och ett förhållningssätt som har myntats av Wright et al. (2002) och har sitt ursprung inom pediatrik och utvecklades under tidigt 1990-tal. Familjefokuserad omvårdnad uppstod som ett begrepp för att framhäva familjens betydelse för individens upplevelse av hälsa och sjukdom samt en förståelse för hur individen utgör en del i ett större sammanhang (Wright et al., 2002; Mitchell & Chaboyer, 2010). Begreppet familjefokuserad syftade till att föräldrar och barnet som vårdades skulle ses som en enhet, en familj och involveras i omvårdnaden för att kunna optimera omvårdnaden kring barnet som vårdades (Wright et al., 2002). Begreppet familj definieras som personer som känner en ömsesidig samhörighet och engagemang för varandra baserat på starka emotionella band. Coyne et al. (2011) påtalar att familjen kan utgöras av andra personer än de som man har blodsband till och att dessa personer ska involveras i vårdandet om patienten anser att de utgör en del av familjen. Olika familjekonstruktioner samt hur ens personliga syn på hur en familj är konstruerad är aspekter som sjuksköterskan bör uppmärksamma (Eggenberger et al., 2016). Under åren har begreppet och förhållningssättet utvecklats och även kommit att innefatta omvårdnaden av vuxna personer och deras anhöriga (Mitchell & Chaboyer, 2010; Coyne et al., 2011).

För att kunna bedriva familjefokuserad omvårdnad krävs det att sjuksköterskan involverar familjen i vårdandet samt bygger upp en relation som grundar sig i ömsesidig respekt, samarbete och stöd. Sjuksköterskan ska rådgöra med familjemedlemmar och patienten om vård och säkerställa att den vård som bedrivs har ett vårdvetenskapligt tillvägagångssätt samt är av god kvalitet (Coyne et al., 2011). Att ha förmågan att bedriva familjefokuserad omvårdnad anser sjuksköterskor gör en skillnad för patienten och dennes familj (Swan & Eggenberger, 2020). Detta då ett familjefokuserat perspektiv hjälper familjen att finna sina nya roller när en familjemedlem drabbats av sjukdom och ohälsa samt stödjer familjen under deras försök att återställa balansen i tillvaron. Genom att arbeta utifrån familjefokuserad omvårdnad kan de resurser som familjen behöver identifieras och tillgodoses. Vilket leder till att familjen får bättre förutsättningar för att återfå hälsa, livskvalitet och en fungerande vardag. Med ett familjefokuserat arbetssätt kan en fördjupad relation med patienten och dennes familj uppstå och möjligheten för god samverkan öppnas (Persson & Benzein, 2014). Enligt Swan & Eggenberger (2020) leder en fördjupad relation och en ökad social interaktion med familjen till ett ökat engagemang från sjuksköterskans sida som har en positiv effekt på relationen och informationen som delas sinsemellan. Ett gemensamt mål och samarbete som baseras på evidensbaserad vård uppmuntrar relationen mellan sjuksköterskan och familjen (Swan & Eggenberger, 2020). De positiva effekterna som kan uppstå av familjefokuserad omvårdnad är ökad kunskap hos patienten om hens egen hälsa, en ökad benägenhet att följa egenvårdsåtgärder en ökad livskvalité, minskad risk för återinläggning samt förkortad vårdtid (Park et al., 2018; Ågård et al., 2019). Om familjen inte involveras i omvårdnaden eller ingen relation byggs upp mellan sjuksköterskan och familjen kan familjefokuserad omvårdnad inte bedrivas (Coyne et al., 2011).

Upplevelse

Ordet upplevelse syftar till vara med om en situation som leder till erfarenhet, kunskap och en påverkan på det känslomässiga livet genom att en känslomässig värdering av upplevelsen uppkommer (Svenska Akademiens Ordbok, 2011). Denna definition av upplevelse och i kombination med författarnas förkunskap inom problemområdet har lett till att författarna till litteraturöversikten har valt att beskriva anhörigas upplevelse av att närvara vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem. Författarnas förkunskap inom problemområdet innebär att författarna är medvetna om att det är en känslomässig situation för anhöriga när en familjemedlem utvecklar plötsligt hjärtstopp och därmed vill författarna fördjupa sig inom anhörigas upplevelse av situationen.

Närvaro

Närvaro definieras som att uppehålla sig på en viss plats (Svenska Akademiens Ordbok, 1948). Att vara närvarande vid plötsligt hjärtstopp innebär att den anhöriga är på platsen där en familjemedlem utvecklar plötsligt hjärtstopp, vilket författarna ansåg var relevant för denna litteraturöversikt då 5934 plötsliga hjärtstopp rapporterades i Sverige 2019 och ett flertal av dessa plötsliga hjärtstopp skedde prehospitalt (Hjärt-lungräddningsregistret, 2019). Detta i sin tur ökar sannolikheten för att anhöriga är närvarande vid händelsen, vilket låg till grund för författarna när diskussion fördes kring problemområdet för litteraturöversikten.

Problemformulering

Ett plötsligt hjärtstopp är ett livshotande tillstånd och förorsakas ofta av underliggande ischemi eller arytm. Under 2019 rapporterades att 5934 personer utvecklade plötsligt hjärtstopp i Sverige. Då plötsligt hjärtstopp är frekvent förekommande är det sannolikt att sjuksköterskan under sitt yrkesliv möter personer som erhållit plötsligt hjärtstopp samt dennes anhöriga. Att närvara vid plötsligt hjärtstopp kan vara en traumatisk upplevelse för anhöriga då de har en känslomässig koppling till personen med plötsligt hjärtstopp. Det ligger inom sjuksköterskans professionella ansvar att involvera och tillgodose anhörigas behov. Genom att använda sig av familjefokuserad omvårdnad och ta del av anhörigas upplevelse kring att närvara vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem kan sjuksköterskan erbjuda bättre omvårdnad då adekvat stöd och information har visat sig vara positivt för både patienten och anhöriga.

SYFTE

Syftet var att beskriva anhörigas upplevelse av att närvara vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem.

METOD

Design

I föreliggande litteraturöversikt har ett systematiskt tillvägagångssätt använts för att besvara studiens syfte och för att erhålla den senaste evidensen inom valt område. Genom att använda sig av ett systematiskt tillvägagångssätt för att ta del av tidigare forskning inom valt område och sammanställa ett resultat kan en fördjupad kunskap och ökad förståelse erhållas inom valt område (Polit & Beck, 2017; Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Urval

I enlighet med Bettany-Saltikov & McSherry (2016); Torgerson (2003) valdes följande inklusions- och exklusions kriterier.

Inklusionskriterier: Originalartiklar, peer reviewed granskade, skrivna på engelska, studiedeltagare >18 år, både män och kvinnor, publicerade mellan 2010–2020 samt tillgängligt abstrakt.

Exklusionskriterier: Artiklar som enbart reflekterade vårdpersonalens perspektiv eller föräldrarnas upplevelse av att närvara vid plötsligt hjärtstopp hos sitt minderåriga barn exkluderades.

Bettany-Saltikov & McSherry (2016) menar att inklusions- och exklusions kriterier ska utformas tidigt i planeringsfasen vid en systematisk litteraturöversikt. Detta för att tydliggöra syftet med arbetet och för att formulera fram tydliga inklusions- och exklusionskriterier. Genom att ha tydliga inklusions-och exklusionskriterier kan de systematiska sökningarna rikta sig in på artiklar som kommer besvara syftet och sortera ut irrelevanta artiklar (Torgerson, 2003).

Datainsamling

I enlighet med Polit och Beck (2017); Bettany-Saltikov och McSherry (2016) utfördes en inledande databassökning i tre utvalda databaser (PubMed, PsychINFO och Cinahl) i syfte att få en uppfattning om aktuell forskning som finns publicerad inom valt problemområde samt att utforska vilka sökord och MeSH (Medical Subject Headings)-termer som kunde vara relevanta för den systematiska sökningen. Denna initiala databassökning inkluderas ej i sökmatriken då inga artiklar inkluderades utifrån denna initiala sökning. Databassökningen utfördes därefter i tre olika databaser som författarna värderade var relevanta relaterat till syftet, PubMed, Cinahl och PsychINFO. PubMed är en databas som innehåller artiklar om omvårdnad samt medicin, Cinahl är en databas som innehåller mestadels omvårdnadsforskning och PsychINFO är en databas som har en psykologisk inriktning på omvårdnad. Sökorden som användes i databassökningen var cardiac arrest, heart arrest, family, witness* och feeling*. Efter databassökningen gick författarna vidare till den systematiska sökningen.

Den systematiska sökningen som redovisas nedan i Tabell 1 utfördes genom en kombination av två eller tre sökblock. De olika sökblocken kombinerades av fritexttermer och MeSH-termer. Att använda sig av MeSH-termer vid en systematisk sökning leder till att alla artiklar inom vald MeSH-term dyker upp oavsett vilket ord forskarna har valt att använda sig av. Detta leder till mindre användning av synonymer eller varianter av ett ord och ett mer specifikt resultat i sökningen. De olika blocken kombinerades av booleska operatorerna AND och OR, trunkering samt citationstecken. Booleska operatörer som AND, OR eller NOT används för att kombinera ord för att få fram relevanta termer och öka sökningens sensitivitet. (Polit & Beck, 2017). Att använda sig av trunkering säkerställer att olika varianter av sökordet söks istället för endast det specifika sökord som används. Citationstecken används för att hålla ihop fraser (Polit & Beck, 2017). För att optimera den systematiska sökningen togs kontakt med Sophiahemmetts bibliotek för att få hjälp med sökningarna i de olika databaserna om vilka ämnesord och fritextord som kan vara till nytta vid sökningarna.

Tre artiklar i arbetet identifierades genom att PubMed föreslår liknande artiklar relaterat till den sökningen som genomförts och där valdes två artiklar ut till litteraturöversikten. Detta redovisas i lästa abstrakt, lästa artiklar samt i utvalda artiklar men ej i antalet sökträffar. Det framkom dubletter vid sökningarna i de olika databaserna. Detta representeras ej under lästa abstrakt men i antalet utvalda artiklar där inga dubletter förekommer. En artikel som inkluderades i resultat erhöles från en av litteraturöversiktens handledare och detta redovisas inom parentes i antalet utvalda artiklar i PubMed sökningen då artikeln återfanns i PubMed men inte genom sökningarna.

Initialt gick författarna till litteraturöversikten igenom den systematiska sökningen enskilt och valde ut titlar som ansågs svara på syftet och läste därefter artiklarnas abstrakt. De artiklar som inte publicerat abstrakt exkluderades. De artiklar som ansågs svara på syftet utifrån abstraktet diskuterades därefter utav författarna. En del av artiklarna som valdes ut för att ingå i litteraturöversikten fokuserade på andra inriktningar än enbart anhörigas upplevelse av att närvara vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem. Författarna till litteraturöversikten ansåg efter diskussion att dessa inte kunde exkluderas då artiklarna lyfte delar som relaterade till syftet, anhörigas upplevelse av att närvara vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem. Övriga artiklar som svarade till syftet utifrån abstraktet lästes därefter i helhet på varsitt håll och diskuterades återigen av författarna för att säkerställa att innehållet tolkades korrekt och svarade på syftet. De artiklar som svarade till syftet efter att ha lästs i fulltext gick vidare till kvalitetsgranskningen.

Tabell 1. Redovisning artikelsökning i de olika databaserna

Databas Datum	Sökord	Limits	Antalet träffar	Antalet lästa abstract	Antalet lästa artiklar	Antalet utvalda artiklar
Pubmed 201202	Sökblock 1 Family (MeSH) OR Family Subheading psychology (MeSH) OR Spouses Subheading psychology (MeSH) OR Spous* (Title/Abstract) OR Partner* (Title/Abstract)	2010-2020, engelska, vuxna över 19 år, tillgängligt abstract	495,955			
	Sökblock 2 Heart arrest (MeSH) OR Cardiopulmonary resuscitation (MeSH) Or "Heart arrest" (Title/Abstract) OR "cardiac arrest" (Title/Abstract) OR "bystander CPR" (Title/Abstract) OR CPR (Title/Abstract)		76,339			
	Sökblock 1 AND Sökblock 2		215	45	16	13 (1)

Databas Datum	Sökord	Limits	Antalet träffar	Antalet lästa abstract	Antalet lästa artiklar	Antalet utvalda artiklar
Cinahl 20201209	Sökblock 1 Family (MeSH) OR Extended family (MeSH) OR Spous* (Fritext) OR Partner* (Fritext)	2010-2021, engelska, peer reviewed, vuxna över 19 år, tillgängligt abstract	143,332			
	Sökblock 2 Resuscitation, cardiopulmonary (MeSH) OR Bystander CPR (MeSH) OR Heart arrest (MeSH) OR Advanced cardiac life support (MeSH)		23,405			
	Sökblock 1 AND Sökblock 2		72	17	1	1

Databas Datum	Sökord	Limits	Antalet träffar	Antalet lästa abstract	Antalet lästa artiklar	Antalet utvalda artiklar
PsychINFO 201214	Sökblock 1 Family (MeSH) OR Extended family (MeSH) OR "family presence" (fritext) OR "Next of kin" (fritext)	2010-2020, engelska, peer reviewed, vuxna över 19 år	70,071			
	Sökblock 2		13,974			

	Heart disorders (MeSH) OR Angina Pectoris (MeSH) OR Arrhythmias (Heart) (MeSH) OR Coronary Thromboses (MeSH) OR Myocardial infarctions (MeSH) OR CPR (MeSH)					
	Sökblock 3 Life experiences (MeSH) OR Life changes (MeSH) OR "lived experience" (fritext)		44,849			
	Sökblock 1 AND Sökblock 2 AND Sökblock 3		5	5	1	0

Kvalitetsgranskning

Syftet med en litteraturoversikt är att sammanställa forskning och därmed är det ett krav att forskningen som inkluderas i form av artiklar i litteraturoversikten har hög validitet och reliabilitet för att minska risken för att artiklarnas resultat baseras på systematiska fel och detta stärks genom att inkluderade artiklar genomgår en kvalitetsgranskning (Kristensson, 2014; Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Fokus ligger främst på artiklarnas metodologiska redovisning men en genomläsning av artiklarna i sin helhet ska utföras. En kvalitetsgranskning ska helst utföras av minst två oberoende granskare vid en systematisk litteraturoversikt eller vid en litteraturoversikt med systematiskt tillvägagångssätt för att säkerställa att kvalitetsgranskningen är av god kvalitet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Originalartiklar med kvalitativ eller kvantitativ ansats som svarade mot litteraturoversiktens syfte genomgick en kvalitetsgranskning enligt Sophiahemmet högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering. Bedömningsunderlaget är modifierad utifrån Caldwell et al. (2011) samt Polit och Beck (2017) (Bilaga A). Bedömningsunderlaget grundar sig i frågor som besvaras med nej (0 poäng), ja (2 poäng) eller delvis (1 poäng) där <20 poäng står för låg kvalitet, 20-28 poäng står för god kvalitet och 29-36 poäng står för mycket god kvalitet.

I litteraturoversikten inkluderades 15 artiklar, nio kvalitativa och sex kvantitativa. Av dessa var tio artiklar av mycket god kvalitet och fem artiklar var av god kvalitet. Inga artiklar med låg kvalitet uppkom under kvalitetsgranskningen. Granskningen utfördes individuellt av författarna, oberoende av varandra för att sedan diskutera resultatet för att säkerställa att varje artikel erhållit rätt klassificering och kan användas som underlag i litteraturoversikten. En sammanställning av artiklarna utfördes i form av en artikelmatris (Bilaga B) där författare, titel, år, land, syfte, metod, resultat och vilken klassificering varje artikel erhållit redovisas.

Dataanalys

Dataanalysen genomfördes enligt Kristensson (2014) modell för integrerad analys och är ett sätt att sammanställa ett resultat i en litteraturoversikt. En integrerad analys utförs för att överskåda och värdera resultatet genom att resultatet presenteras i relation till varandra. Kristenssons (2014) integrerade analys är en analys i flera steg. Första steget omfattar en genomläsning av artiklarna som ska ingå i litteraturoversikten för att identifiera eventuella likheter och skillnader. Det andra steget innebär att kategorier skapas baserat på de likheter och skillnader som har identifierats i steg ett. I det tredje och slutgiltiga steget sammanställs resultatet i olika kategorier. När resultatet från de olika artiklarna genomgår en integrerad

analys och presenteras i relation till varandra baserat på litteraturöversiktens syfte kan ett nytt resultat presenteras (Kristensson, 2014).

Artiklarna som inkluderades i litteraturöversikten och genomgått en kvalitetsgranskning skrevs ut, numrerades och delades upp mellan författarna för att underlätta analysprocessen. Artiklarna lästes upprepade gånger av författarna med fokus på resultatdelen, detta för att säkerställa att artiklarnas resultat tolkades korrekt (Polit & Beck, 2017). Delarna ur resultatet som svarade mot litteraturöversiktens syfte, anhörigas upplevelse av att närvara vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem markerades och skrevs in i ett elektroniskt dokument. Detta dokument upprättades av författarna genom Google Drive. Materialet som skrevs i det elektroniska dokumentet lästes på varsitt håll av författarna efter att allt material från artiklarna hade skrivits in, sedan diskuterades det skrivna materialet för att säkerställa att resultatet har presenterats på ett korrekt och objektivt sätt samt att kontrollera att översättningen från engelska till svenska inte förvrängdes eller misstolkades (Polit & Beck, 2017). Därefter genomfördes den integrerade analysen där materialet delades upp i övergripande kategorier och subkategorier baserat på artiklarnas resultat i relation till varandra (Kristensson, 2014). För varje kategori och subkategori fördes en konversation mellan författarna kring materialet som framkommit och hur subkategorierna och kategorierna bäst representerade essensen i materialet.

Forskningsetiska överväganden

Samtliga artiklar som inkluderades i litteraturöversikten kontrollerades av författarna att de var granskade av en etisk kommitté eller att ett etiskt ställningstagande redovisats (Beuchamp & Childress, 2019). En objektiv syn har genomstrukturerat arbetets gång genom flertalet diskussioner mellan författarna om den förförståelse som författarna besitter men även med andra studiekamrater och handledare där förförståelsen har lyfts och diskuterats. Materialet till litteraturöversikten i form av andras forskning har inte tagits ur sitt sammanhang och dess betydelse inte har ändrats eller påverkats av författarna. All fakta och allt innehåll i litteraturöversikten som är insamlad från andra forskare är redovisat med källhänvisningar i enlighet med Helsingforsdeklarationen (Beuchamp & Childress, 2019; Kristensson, 2014).

All forskning som bedrivs ska genomföras med ett etiskt förhållningssätt och grunden för forskningsetik grundade sig år 1947 då Nürnbergkoden upprättades efter andra världskriget (Kristensson, 2014). Nürnbergkoden bestod av tio punkter som upprättades för att skydda individen vid forskning. Nürnbergkoden verkar efter autonomiprincipen (Beuchamp & Childress, 2019), vilket innebär att all forskning som bedrivs ska ske med respekt för individens självbestämmande. Deltagandet i en studie ska vara frivilligt, deltagarna ska lämna ett informerat samtycke och deltagarna kan närsomhelst under processen avbryta sitt deltagande utan att detta ska medföra konsekvenser för individen (Kristensson, 2014). Rättvisepincipen är en annan princip som syftar till att alla deltagare i studien ska behandlas på lika villkor och rättvist (Beuchamp & Childress, 2019). Forskningen som bedrivs ska bedrivas på så sätt att inga skador eller lidande uppkommer och nyttan med studien ska överväga risken för skada, vilket grundar sig i nytto-principen och inte-skada-principen (Beuchamp & Childress, 2019). Inte-skada-principen hänvisar inte endast till fysiska skador utan även andra skador som kan påverka individen därmed belyser inte-skada-principen vikten av sekretess, att aktuell lagstiftning följs, korrekt datahantering och att hänsyn tas gällande anonymitet och konfidentialitet (Beuchamp & Childress, 2019). Konfidentialitet och anonymitet är begrepp som ofta misstolkas för att betyda samma sak för att begreppen liknar varandra men har olika innebörd (Beuchamp & Childress, 2019).

Konfidentialitet handlar om att deltagarna i studien garanteras att deras insamlade uppgifter inte sprids till obehöriga och att materialet som använts till studien förvaras avidentifierat, inlåst och följer det aktuella regelverket. Materialet ska även följa nyttjandekravet vilket innebär att insamlade uppgifter inte får användas till annat syfte än det som presenterats för deltagarna. Anonymitet syftar till att materialet som samlats in inte kan härledas tillbaka till deltagarna i studien, inte ens deltagarna i studien ska erhålla information om vilka som deltagit (Kristensson, 2014).

År 1964 utvecklades Helsingforsdeklarationen och är styrande för all forskning idag och inriktar sig till forskning som använder sig av människor (Kristensson, 2014).

Helsingforsdeklarationen är en utveckling av Nürnbergkoden och fokuserar på att skydda deltagarnas integritet, deltagarnas rätt till information och självbestämmande, att risken för skada ska minimeras, att forskningens potentiella nytta ska vägas mot och överstiga risken för skada, att forskningsprojekt följer aktuell lagstiftning, vara tydligt beskrivna och genomgå en formell etikprövning av en oberoende kommitté (World Medical Association, 2018). Helsingforsdeklarationen har även riktlinjer för hur forskning ska publiceras (World Medical Association, 2018).

God forskningsetik enligt Helsingforsdeklarationen och Nürnbergkoden innebär att individens intresse ska komma före vetenskapen och samhällets intresse och därmed har alla artiklar som inkluderats i litteraturoversikten ett etiskt godkännande (Polit & Beck, 2017; World Medical Association, 2018). Ett kontinuerligt övervägande har gjorts under arbetes gång för att på alla sätt skydda de personer som ingår i forskningsarbetet Det är oetiskt att endast presentera artiklar som stödjer författarnas egna åsikter (Polit & Beck, 2017). Därmed har denna litteraturoversikt presenterat allt resultat som framkommit, detta utan att materialet har fabricerats eller förfalskats. Författarna har i största möjliga mån åsidosatt sin egen förförståelse vid bearbetning av materialet, detta för att resultatet ska presenteras objektivt (Polit & Beck, 2017).

RESULTAT

Efter genomförd integrerad analys som beskrev ”anhörigas upplevelse av att närvara vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem” framkom resultatet i tre kategorier och sju subkategorier som nedan presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
De första känslorna och reaktionerna	Hopp och förtvivlan Ensamhet och rädsla
Vikten av delaktighet, stöd och information	Emotionellt och moraliskt stöd till sin familjemedlem Att vara en tillgång samt få stöd Tydlig och klar information och kommunikation
Livet efter hjärtstopp	Påverkan på hälsan Nya relationer och vardag

De första känslorna och reaktionerna

Hopp och förtvivlan

Under ett pågående hjärtstopp pendlade anhöriga mellan att känna hopp och förtvivlan och att de upplevde att de hamnade i ett vakuum mellan liv och död (Carlsson et al., 2020; Larsson et al., 2013; Löf et al., 2010). Att vilja hjälpa men att vara oförmögen till det ledde till att anhöriga kände en förtvivlan över situationen och en vilja att försöka allt vad de kan för att rädda sin familjemedlem uppkom (Thorén et al., 2010). Hoppet som uppstod hölls vid liv av anhöriga genom deras starka önskan att återupplivningsförsöket som följde det plötsliga hjärtstoppet skulle lyckas. Dock sjönk hoppet ju mer tiden gick och ju längre tid återupplivningsförsöket pågick. Att vara beroende av vårdpersonalen vid plötsligt hjärtstopp gav anhöriga en känsla av förlorad kontroll och när de förstod risken med att de kunde förlora sin familjemedlem väcktes känslor av förtvivlan och panik (Carlsson et al., 2020; Löf et al., 2010; Thorén et al., 2010). Anhöriga upplevde att deras förtvivlan som uppkom vid det plötsliga hjärtstoppet förstärktes när de var närvarande vid återupplivningsförsöket som följde det plötsliga hjärtstoppet. De upplevde att deras familjemedlem behandlades på ett aggressivt sätt och klassade återupplivningsförsöket som ett övergrepp på deras familjemedlem (De Stefano et al., 2016).

Ensamhet och rädsla

De tecken som uppkom sekunderna innan det plötsliga hjärtstoppet tolkade anhöriga som att något allvarligt skulle hända. Dessa tecken innefattade en förändring i familjemedlemmars hållning tillsammans med en förändring i ansiktet eller väsande andning. Dessa tecken tillsammans med osäkerheten ledde till anhöriga tänkte att familjemedlemmen var död eller döende (Thorén et al., 2010; Carlsson et al., 2020). Under pågående hjärtstopp blev anhöriga rädda och upplevde ett tillstånd av panik och desperation samt stark ångest och mörka tankar. Dessa känslor var förknippade med osäkerheten kring huruvida familjemedlemmen skulle överleva eller om familjemedlemmen skulle vara förändrad och hur framtiden skulle se ut (Larsson et al., 2013; Löf et al., 2010; Leske et al., 2013). I samband med att anhöriga var närvarande under det plötsliga hjärtstoppet ledde det till att anhöriga fick initiera HLR. De upplevde det som svårt, skrämmande och kaotiskt att initiera HLR, dels för att de kände skuld över de konsekvenser som deras familjemedlem kunde få om de inte utförde HLR korrekt. De beskrev även känslan av att vara ensam och ansvarig för familjemedlemmens liv fram till vårdpersonalens ankomst (Thorén et al., 2010; Löf et al., 2010).

Vikten av delaktighet, stöd och information

Emotionellt och moraliskt stöd till sin familjemedlem

Anhöriga talade om vikten av att skydda, trösta och stötta sin familjemedlem under hjärtstoppet. De ansåg att de var extremt viktigt att få vara närvarande under det plötsliga hjärtstoppet men även under återupplivningsförsöket som följde. Att få röra sin familjemedlem, erbjuda moraliskt stöd, att etablera en länk som sträcker sig förbi döden med sin familjemedlem sett på ett spirituellt sätt, att på alla sätt forma en slags kommunikation med sin familjemedlem ansåg de var viktigt när deras familjemedlem var nära döden (Leske et al., 2013; Thorén, et al., 2010). Förutom emotionellt och spirituellt stöd var religiöst stöd viktigt under det plötsliga hjärtstoppet. Anhöriga använde religionen som ett sätt att

kontrollera deras känslor under hjärtstoppet, att de skulle hjälpa familjemedlemmen men även för att skänka tröst till den anhörige eller anhöriga (Masa´Deh et al., 2013).

Att vara en tillgång samt få stöd av vårdpersonalen

Att vara närvarande som anhörig vid plötsligt hjärtstopp innebar att anhöriga fick vara närvarande vid återupplivningsförsöket som utfördes av vårdpersonalen. Anhöriga beskrev möjligheten att få vara en tillgång till vårdpersonalen som positivt och anhöriga försökte vara en resurs för vårdpersonalen på flera olika sätt. Bland annat genom att underlätta tillgången till deras familjemedlem, ge information om familjemedlemmens läkemedel och sjukdomar, vilket gav en känsla av att vara hjälpsam i en kritisk situation (Thorén et al., 2010; Leske et al., 2013). Att vara en tillgång för vårdpersonalen och bidra med relevant information och åtgärder ansåg anhöriga ledde till att vården optimerades och anhöriga kände sig delaktiga under hjärtstoppet (Thorén et al., 2010).

Att få stöd och bli sedd av vårdpersonal under det plötsliga hjärtstoppet ansåg anhöriga var fundamentalt (Carlsson et al., 2020; Thorén et al., 2010). Den första kontakten som anhöriga hade efter inträffat hjärtstopp var med en larmoperatör. Larmoperatören uppmuntrade anhöriga att fortsätta med de åtgärder som de hade blivit instruerade att utföra. Därmed kände anhöriga att de hade stöd i en situation där de tvivlade på sin egen kunskap (Thorén et al., 2010). Trots stöd från larmoperatören kunde anhörigas panikkänsla påverka ingripandet vilket ledde till en oförmåga att utföra instruktionerna som larmoperatören gav (Thorén et al., 2010).

Förutom att få stöd av en larmoperatör under den initiala delen av hjärtstoppet önskade även anhöriga att bli respekterade, uppmärksammade och stöttade av vårdpersonalen som ankom till platsen i form av att anhöriga fick vara delaktiga hela vägen i det plötsliga hjärtstoppet, från start till slut (Carlsson et al., 2020; De Stefano et al., 2016). När familjemedlemmen konstaterades död och det inte längre gick att göra något för familjemedlemmen föredrog anhöriga att vårdpersonalen ändrade sitt fokus till dem istället (Carlsson et al., 2020; De Stefano et al., 2016). Denna tid upplevdes svår och överklig och anhöriga behövde känna att de hade stöd från vårdpersonalen (Carlsson et al., 2020; De Stefano et al., 2016; Thorén et al., 2010). I studien av Carlsson et al. (2020) framkom att när involverad vårdpersonal inte var förmögna att visa medkänsla eller inte verkade bry sig kände anhöriga sig missnöjda och övergivna. Detta kunde yttra sig i att saker upplevdes som hastigt genomförda, att vårdpersonal inte tog sig tid att prata med dem eller att vårdpersonal tog av smycken från familjemedlemmen utan att fråga anhöriga först. Vårdpersonalens agerande och stöd var signifikant för hur de anhöriga upplevde sin förlust och hur de processade händelsen och sorgen (Carlsson et al., 2020).

Tydlig och klar information och kommunikation

Att sjukvårdspersonal fortlöpande gav information till anhöriga om en familjemedlems tillstånd vid plötsligt hjärtstopp visade sig vara väldigt viktigt för anhöriga, både för att förstå situationen och för att ha lättare att hantera situationen i efterhand (Carlsson et al., 2020; De Stefano et al., 2016; Masa´Deh et al., 2013; Mayer et al., 2013; Thorén et al., 2010). I studien Metzger et al. (2019) sågs att om anhöriga var nöjda med kommunikationen samt varit delaktiga i beslutsfattandet under sin familjemedlems plötsliga hjärtstopp fanns en signifikant mindre risk att de anhöriga utvecklade depression 90 dagar efter händelsen.

I de studier där man sett att anhöriga var missnöjda med vård av en familjemedlem med plötsligt hjärtstopp, var brist på information från vårdpersonalen till de anhöriga en återkommande synpunkt (De Stefano et al., 2016; Masa´Deh et al., 2013; Mayer et al., 2013). När svar saknades på grund av vårdpersonalens misstag eller brister i information till anhöriga var det viktigt att vårdpersonal visade empati och agerade med respekt gentemot de anhöriga för att försöka återfå ett förtroende. Att inte återkomma med information som man lovat att man skulle göra upplevdes av anhöriga som respektlöst och sårande (Carlsson et al., 2020).

Att anhöriga fick bevittna det plötsliga hjärtstoppet och HLR hjälpte i många fall de anhöriga att förstå vad som hände med deras familjemedlem. Anhöriga såg hur förloppet utspelade sig och de kunde se att vårdpersonalen gjorde vad de kunde för deras familjemedlem (Carlsson et al., 2020; De Stefano et al., 2016; Leske et al., 2013; Masa´Deh et al., 2013). Förutom att anhöriga såg sin familjemedlem försökte de även få information och förståelse för situationen genom att se hur vårdpersonalen såg på varandra, vad de sa till varandra eller försökte tolka signaler från medicinsk utrustning (De Stefano et al., 2016 & Masa´Deh et al., 2013).

Livet efter hjärtstopp

Påverkan på hälsan

En högre förekomst av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)- och PTSD relaterade symtom samt en ökad risk för att utveckla svår PTSD identifierades hos anhöriga som inte varit närvarande vid plötsligt hjärtstopp och HLR, eller erbjudits möjligheten att få närvara jämfört med de som varit närvarande och erbjudits möjligheten att få närvara (Jabre et al., 2013; Jabre & Tazarourte, 2014; Soleimanpour et al., 2017).

Däremot kunde ingen signifikant skillnad ses mellan familjebevittnat plötsligt hjärtstopp och HLR och icke-familjebevittnad plötsligt hjärtstopp och HLR när det gäller depression och PTSD-relaterade symtom i Compton & Levy (2011) studie även om en generell högre nivå av depression och PTSD-relaterade symtom kunde uppmätas hos de som ej bevittnat det plötsliga hjärtstoppet och HLR. Ingen signifikant skillnad kunde heller påvisas när det gäller depressiva symtom enligt Jabre et al. (2013) även om en lägre förekomst av depressiva symtom kunde ses hos familjemedlemmar som var närvarande vid det plötsliga hjärtstoppet och HLR. Soleimanpour & Tabrizi, (2017) studie kunde uppmätta en ökad förekomst av depression hos de anhöriga som inte var närvarande under det plötsliga hjärtstoppet och HLR jämfört med de som var närvarande. I studien av Metzger et al. (2019) identifierades två faktorer som oberoende av varandra förutspådde depression hos en anhörig efter att en familjemedlem drabbats av plötsligt hjärtstopp. Dessa två faktorer var anhöriga som bevittnat det plötsliga hjärtstoppet och HLR samt missnöje med vården på IVA. Förekomst av depression och ångest kunde påvisas i studien och flertalet av de deltagande i studien hade behov av psykolog eller någon form av läkemedel mot depression och ångest.

Ångestrelaterade symtom sågs i flera studier vara högre hos anhöriga som inte bevittnade det plötsliga hjärtstoppet och återupplivningsförsöket jämfört med de som var närvarande när en familjemedlem drabbats av plötsligt hjärtstopp. (Jabre et al., 2013; Leske et al., 2017; Metzger et al., 2019; Soleimanpour et al., 2017)

I studien av Mayer et al. (2013) beskrivs den initiala känslan av förlusten som chock följt av olika emotionella reaktioner vid olika tidpunkter efter dödsfallet inklusive ilska, skuld,

depression, vrede, apati och ensamhet. Flera anhöriga tog på sig skulden och hade skuldbelagt sig själva i flera månader för att ej ha räddat livet på sin familjemedlem.

Nya relationer och vardag

Anhöriga upplevde en abrupt förändring i sitt vardagliga liv vid ett inträffat hjärtstopp. I de fall familjemedlemmen avled upplevdes livet överkligt och de fick plötsligt ta över nya ansvarsområden och skyldigheter deras familjemedlem tidigare haft, vilket kunde upplevas svårt och utmanande. Samtidigt förlorade andra sysslor som matlagning eller städning betydelse när de inte längre hade sin familjemedlem i sitt liv (Carlsson et al., 2020; Mayer et al., 2013).

I de fall där familjemedlemmen överlevde det plötsliga hjärtstoppet upplevde anhöriga en känsla av osäkerhet och oro inför deras familjemedlems hemgång från sjukhuset. Den oro som uppstod inför patientens hemgång och även i hemmet ledde till att anhöriga var vakna under nätterna för att övervaka deras familjemedlems andning, vilket ledde till att anhöriga utvecklade sömnproblem. Flertalet anhöriga beskrev att de hade svårt att lämna sin familjemedlems sida, men i de fall det gjordes hade de alltid med sig mobiltelefon. Anhöriga svarade även att de alltid hade en plan ifall ett nytt plötsligt hjärtstopp skulle inträffa (Holm et al., 2012).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att många känslor och upplevelser uppstod hos anhöriga när de var närvarande vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem. Specifika känslor som hopp, förtvivlan, rädsla, panik, desperation, stark ångest, osäkerhet, kaos och skuld var framträdande (Carlsson et al., 2020; Larsson et al., 2013; Löf et al., 2010; Thorén et al., 2010). Att flertalet studier pekar mot samma resultat påvisar att resultatet är trovärdigt. I tidigare studier har det påpekats att plötsligt hjärtstopp ofta är oväntat vilket leder till att det kan vara en traumatisk upplevelse för anhöriga (Davidson et al., 2012; Gries et al., 2010). Parsons (2016) talar om att alla individer hanterar trauma olika beroende på individuella erfarenheter, vilket leder till att en förståelse för flera olika individers upplevelse krävs. Ågard et al. (2019) menar att ett interprofessionellt arbetssätt, bra kommunikation och tillräckligt med information har visat sig vara grundläggande för att anhöriga ska kunna bearbeta en traumatisk kris. Detta kan uppnås med familjefokuserad omvårdnad vilket har påvisats i Park et al. (2018) och Ågard et al. (2019) studier som menar att det finns flera positiva effekter med familjefokuserad omvårdnad för anhöriga men även patienten. Då vården ska sträva efter att främja hälsa och minska lidande för individer i behov av vård (SFS, 2017:30) krävs det att anhöriga inkluderas i vården. Att lyssna och ha en förståelse för anhörigas initiala känslor och deras egen individuella upplevelse ligger till grund för att kunna etablera en förtroendefull relation. En förtroendefull relation och tidig insättning av resurser har visat sig vara en viktig faktor för en positiv utveckling för både patienten och för anhörigas hälsa (Cartledge et al., 2018).

I De Stefano et al. (2016) studie påvisades det att anhöriga kunde uppleva upplivningsförsöket som ett övergrepp på deras familjemedlem och därmed påverkas inte enbart anhöriga av att deras familjemedlem utvecklar plötsligt hjärtstopp och av de känslor som uppstår, utan påföljderna av plötsligt hjärtstopp kan också ha en negativ effekt på anhöriga. Att anhöriga upplever upplivningsförsöket som ett övergrepp på deras familjemedlem är inte en generell

uppfattning som sjuksköterskor har (Peltan et al., 2019) och kunskap om detta kan leda till en bättre förståelse för sjuksköterskorna kring anhörigas upplevelse. Det är viktigt för sjuksköterskan och vården att ta del av anhörigas upplevelser då de kan skilja sig avsevärt från de uppfattningar som sjukvårdspersonalen har kring situationen (Ågard et al., 2019). De starka reaktioner och känslor som anhöriga har kan ha en påverkan på deras hälsa, både psykiskt, fysiskt och socialt (Jabre et al., 2013; Jabre & Tazarourte, 2014; Soleimanpour et al., 2017). I de fall där patienten avlider är det viktigt att uppmärksamma den anhörigas känslor och upplevelse för att kunna erbjuda vård och rätt resurser till den anhöriga så att de inte utvecklar ohälsa som följd av en traumatisk kris (Carlsson et al., 2020; De Stefano et al., 2016; Thorén et al., 2010).

I resultatet ses att kommunikationen mellan vårdpersonal och anhöriga är mycket viktigt för de anhöriga, både för att förstå situationen och för att lättare kunna hantera efterförloppet vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem (Carlsson et al., 2020; De Stefano et al., 2016; Masa´Deh et al., 2013; Mayer et al., 2013; Thorén et al., 2010). Att ha denna kunskap som sjuksköterska kan bidra till att sjuksköterskan i sitt arbete är tydligare med information till anhöriga när möjlighet ges i dessa ofta stressfyllda situationer. I studierna De Stefano et al. (2016) och Masa´Deh et al. (2013) framkom att anhöriga fokuserade på hur sjuksköterskor såg på varandra, vad de sa till varandra eller försökte tolka den medicintekniska utrustningen. Även denna kunskap kan sjuksköterskan ha nytta av i hjärtstoppssituationer, då vetenskapen gör att sjuksköterskan kan agera mer professionellt på en olycksplats eller sjukhussal. Detta genom att tänka på vad hen säger till sina kollegor för att inte riskera att orsaka mer oro och negativa känslor hos anhöriga. Att om möjligt ta sig tid att informera anhöriga om de olika signaler från medicinsk övervakningsutrustning och liknande kan också bidra till att anhörig känner sig mer informerad och då även lugnare i den traumatiska situationen. Att vara tydlig i kommunikation till anhöriga finns beskrivet i Baumhover och May studie (2013) och med det resultat som här framkommit blir det ännu tydligare hur viktigt det är att sjuksköterskor följer dessa arbetssätt för att öka välbefinnande hos de anhöriga och minska riskerna för allvarlig påverkan hos anhöriga i efterförloppet efter att ha närvarat vid plötsligt hjärtstopp, oavsett vad utgången av upplivningsförsöket blir.

Då kommunikation är viktigt för anhöriga (Carlsson et al., 2020; De Stefano et al., 2016; Masa´Deh et al., 2013; Mayer et al., 2013; Thorén et al., 2010) bör en reflektion kring hur kommunikation och informationsutbytet påverkas utav dagens pandemi orsakad av Covid-19 lyftas. I studierna De Stefano et al. (2016) och Masa´Deh et al. (2013) framkom det att anhöriga fokuserade på hur vårdpersonalen såg på varandra och vad de sa till varandra. Då sjuksköterskor följer de rekommendationerna som rekommenderas av Folkhälsomyndigheten (2020) kräver det att de tar på sig skyddsutrustning innan de möter patienten och anhöriga, även vid plötsligt hjärtstopp. Att anhöriga inte kan se sjuksköterskornas ansiktsuttryck eller erhålla ett tydligt kroppsspråk samt att de kan vara svårt att uppfatta vad sjuksköterskan säger i skyddsutrustning kan eventuellt förstärka anhörigas oro och deras upplevelse av kommunikation negativt. Här blir en medvetenhet om att vara väldigt tydlig i sin verbala kommunikation sannolikt ännu viktigare.

Vilken effekt har uteslutandet på anhöriga och patienten då anhöriga utesluts mer från vårdandet under pågående pandemi? Hur kan familjefokuserad omvårdnad implementeras då de flesta sjukhus i Sverige har besöksförbud samt att det rekommenderas att endast patienten kommer på bokat besök (Folkhälsomyndigheten, 2020)? Några av de positiva effekterna av familjefokuserad omvårdnad är ökad livskvalité, minskad risk för återinläggning samt förkortad vårdtid (Park et al., 2018; Ågård et al., 2019). Om familjefokuserad omvårdnad inte kan bedrivas och anhöriga inte kan vara delaktiga i vårdandet kan detta påverka samhället och

sjukvården ytterligare. Ökad känsla av ohälsa, längre vårdtider samt mer sjukskrivningar leder till sämre förutsättningar för välbefinnande och ökad tillväxt (Regeringskansliet, 2018). Det kan även leda till en högre belastning på sjukvården då fler personer söker hjälp för deras ohälsa, somatisk eller psykisk.

Enligt Agenda 2030 som Regeringskansliet (2018) tillhandahåller skapar en frisk befolkning bättre förutsättningar för samhället genom välbefinnande och ökad tillväxt. Denna ökade tillväxt och välbefinnande grundar sig i minskad sjukfrånvaro, att personer kan öka sin grad av sysselsättning, minskat behov av vård och omsorg samt högre produktivitet. Resultatet som framkom av den integrerade analysen antyder att vara närvarande vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem kan leda till både psykisk och fysisk ohälsa hos anhöriga. Detta i sin tur kan påverka samhällets välbefinnande och ökade tillväxt genom att anhöriga får ökad sjukfrånvaro, minskad grad av sysselsättning som i sin tur också påverkar produktiviteten och anhöriga får även ett ökat behov av insatser från sjukvården. Därmed blir inte anhörigas psykiska och fysiska ohälsa ett isolerat problem utan ett problem för hela samhället och ett problem som bör fångas upp tidigt i förloppet av sjukvården (Regeringskansliet, 2018). Detta är viktigt fånga upp, även om det kunde ses en mindre förekomst av PTSD symtom, ångest och depression hos de anhöriga som varit närvarande under det plötsliga hjärtstoppet (Jabre et al., 2013; Jabre & Tazarourte, 2014; Leske et al., 2017; & Soleimanpour et al., 2017).

I studierna kring anhörigas utveckling av PTSD-symtom, ångest och depression uppges det att deltagarna i studien inte har någon form av psykisk ohälsa vid deltagandet av studien. Dock kan inte detta garanteras, bara för att deltagarna inte får en diagnos behöver det inte betyda att de inte har psykisk ohälsa. Förnekelse inför psykisk ohälsa samt ovilja att söka vård då psykisk ohälsa är ett tabubelagt ämne kan vara orsaker till att de inte har en diagnos. Detta leder till att resultatet kan bli annorlunda om deltagarna har psykisk ohälsa sedan tidigare. I resultatet ses att närvara under plötsligt hjärtstopp kan leda till en bättre psykisk hälsa då de anhöriga känner att de har varit delaktiga och varit behjälplig för sin familjemedlem (Leske et al., 2013; Thorén et al., 2010). Kinrade et al. (2011) menar att den traumatiska upplevelse som uppstår vid plötsligt hjärtstopp för både anhöriga och patienten kan få en långvarig effekt på dem. Mayer et al. (2013) beskriver emotionella reaktioner vid plötsligt hjärtstopp om familjemedlemmen avlider, dessa starka emotionella reaktioner kan leda till att anhöriga tog på sig skulden vid dödsfall och denna skuld fortsatte månader efter inträffat plötsligt hjärtstopp. Det väcktes även många frågor vid inträffat dödsfall och när svar inte kunde ges på grund av vårdpersonalens misstag eller brister i informationen var det viktigt att vårdpersonalen visade empati och visade respekt för att kunna återfå förtroendet (Carlsson et al., 2020; Mayer et al., 2013).

Att som sjuksköterska ha en kunskap om anhörigas benägenhet att utveckla psykisk och somatisk ohälsa efter att ha varit närvarande vid plötsligt hjärtstopp kan leda till en bättre förståelse för anhörigas situation (Cartledge, 2018). Det var viktigt för anhöriga att vårdpersonalen visade empati och respekt för att bygga upp en förtroendefull relation. Grunden för familjefokuserad omvårdnad är empati och respekt för att bygga förtroendefulla relationer (Coyne et al., 2011). Att använda sig utav familjefokuserad omvårdnad som sjuksköterska kan leda till att anhöriga får ett bra bemötande samt svar på de frågor de har och därmed kan risken för att utveckla psykisk och fysisk ohälsa minskas genom att inkludera anhöriga och ta vara på deras upplevelser. Att uppmärksamma risken och ha en förståelse för det leder till att sjuksköterskan kan fånga upp anhöriga och slussa dem till rätt insatser i vården och därmed behöver inte anhörigas hälsa påverkas eller lidande förlängas, vilket är vad sjukvården strävar efter för varje individ (SFS, 2017:30).

Metoddiskussion

En litteraturöversikt med ett systematiskt tillvägagångssätt valdes som design utifrån valt syfte. Det är fördelaktigt och en styrka då en litteraturöversikt med ett systematiskt tillvägagångssätt syftar till att sammanfatta aktuell forskning inom valt område och därmed kan en ökad förståelse och fördjupad kunskap inom valt område och syfte erhållas (Polit & Beck, 2017; Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Målet var att få en ökad förståelse och fördjupad kunskap inom valt område och detta kunde uppnås med en litteraturöversikt med ett systematiskt tillvägagångssätt, vilket även höll sig inom tidsramen som var satt för arbetet (Polit & Beck, 2017).

Alternativet till en litteraturöversikt med ett systematiskt tillvägagångssätt hade varit en intervjustudie med kvalitativ ansats men detta var inte ett alternativ då det sannolikt skulle bli allt för tidskrävande i förhållande till tidsramen för detta arbete. Dock skulle författarna till litteraturöversikten överväga en intervjustudie med kvalitativ ansats till framtida studier inom samma område. Detta då studiefrågan är människors upplevelse och syn på verkligheten samt att syftet är att förklara, belysa och beskriva (Polit & Beck, 2017).

Artiklarna som inkluderades i arbetet hade både kvalitativ och kvantitativ ansats vilket författarna anser är en styrka med arbetet då ingen forskning inom valt område utelämnas. Att använda sig av både kvalitativa och kvantitativa studier leder till att syftet belyses ur olika perspektiv vilket enligt Polit och Beck (2017) är en fördel. Att exkludera artiklar som enbart reflekterade vårdpersonalens perspektiv var ett viktigt exklusionskriterie då syftet var att beskriva anhörigas upplevelse av att närvara vid plötsligt hjärtstopp. Att utesluta artiklar som innefattade föräldrarnas upplevelse av att närvara vid plötsligt hjärtstopp hos sitt minderåriga barn exkluderades då författarna ansåg att den relation föräldern och barnet har skiljer sig från andras familjemedlemmars relationer till varandra. Artiklarnas publiceringsår under sökningen sträckte sig mellan år 2010-2020, vilket författarna anser är en acceptabel tidsperiod och som även rekommenderas av Polit och Beck (2017) då forskning hela tiden uppdateras. Att inkludera artiklar som sträcker sig längre än tio år tillbaka kan bli en svaghet för arbetet då kunskapen som inkluderad inte är uppdaterad. Dock hade en eventuell ökning av publiceringsåren från tio till 15 år lett till fler artiklar till litteraturöversikten. Dessa artiklar hade kunnat bidra med relevant forskning till litteraturöversikten utan att kvaliteten på materialet som insamlats påverkats specifikt vid kvalitativa studier då fenomen studeras och forskning kring fenomen kan vara aktuell över ett längre tidsspänn (Polit & Beck, 2017).

De systematiska sökningarna som utfördes i de tre olika databaserna söktes med ämnesord och fritextord i form av sökblock. Ämnesord användes för att specificera sökningarna och öka sökningarnas sensitivitet och fritextord för att få med artiklar som ännu inte fått några ämnesord. Kontakt togs med Sophiahemmets bibliotek för att få hjälp med sökningarna i de olika databaserna om vilka ämnesord och fritextord som kan vara till nytta vid sökningarna. Detta anser författarna är en styrka i arbetet, att en diskussion har förts med personal som är kunnig inom databassökningar då författarna till litteraturöversikten har en begränsad erfarenhet av att söka i databaser. Dock påverkades den systematiska sökningarna av att författarna till litteraturöversikten valde ett brett syfte. Detta i sin tur påverkade den systematiska sökningarna i databaserna och försvagade litteraturöversikten. Enligt det systematiska tillvägagångssättet ska en sökning vara så specificerad som möjligt för att underlätta att artiklar som inte relaterar till ämnet ska uppkomma i sökningarna (Polit & Beck, 2017). Författarna har i efterhand reflekterat kring detta och anser att snävare syfte hade gett bättre träffar samt att chansen för att författarna hade gått miste om relevant information hade

minskat (Polit & Beck, 2017). Med detta i åtagande skulle författarna till framtida studier använda sig av ett snävare syfte för att optimera den systematiska sökningen.

Artiklarna som inkluderades i litteraturoversikten härstammar från olika länder och därmed representeras olika kulturer i resultatet även om majoriteten av artiklarna var från västvärlden. Detta är något som kan påverka arbetets trovärdighet då det kan vara svårt att tillämpa resultatet i västerländsk sjukhusvård om majoriteten av forskningen som inkluderas i arbetet utgörs av länder utanför västvärlden (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Detta då det kan skilja sig hur sjukvårdssystemet är uppbyggt, om sjukvården är kostnadsfri, utbildningsnivå och kompetens. Detta är något som påverkar litteraturoversikten då generaliserbarheten minskar.

För att bedriva god vård utifrån Hälso-och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) anser författarna att forskning ska grunda sig i flera perspektiv då sjukvården dagligen möter personer från olika länder och kulturer. Författarna till arbetet anser att ha med artiklar från olika kulturer och länder stärker arbetets trovärdighet då dagens samhälle är integrerat och därmed kan inte enbart resultatet reflektera det västerländska perspektivet då samhället utgörs av personer från flertalet olika länder och kulturer.

Tre artiklar framkom genom rekommendationer från PubMed under den systematiska sökningen i databasen PubMed, två av dessa gick vidare till att inkluderas i resultatet. Detta är en svaghet med arbetet då detta tyder på att den systematiska sökningen i databasen inte var tillräcklig och kunde utförts med fler fritextord eller ämnesord. Den bristtillfälliga sökningen i PubMed kan ha lett till att material som svarar till syftet inte identifierats. En artikel som inkluderats i arbetet erhöles från handledaren, denna artikel återfanns i PubMed men uppkom inte under författarnas databassökning. Detta tyder på att författarnas sökord inte var optimala relaterat till arbetets syfte. Vikten av korrekta sökord relaterat till syftet är kunskap som författarna tar med sig till framtida arbeten.

Den systematiska sökningen utfördes av författarna på varsitt håll och titlar som ansågs svara på syftet valdes ut och artiklarnas abstrakt lästes på varsitt håll. En artikel som saknade abstrakt och som ej kunde presenteras i fulltext, varken online eller via beställning exkluderades av författarna och detta kan ha påverkat resultatet då artikeln eventuellt hade tillföra andra aspekter/svar på syftet. Baserat på artiklarnas abstrakt valdes artiklar ut för att sedan läsas i fulltext. Efter att författarna på varsitt håll valt ut artiklar och läst abstrakt diskuterades de utvalda artiklarna mellan författarna och gemensamt valde ut vilka som skulle läsas i fulltext. Efter att vissa artiklar lästs i fulltext exkluderades de efter en gemensam diskussion mellan författarna då resultatet inte svarade till syftet. Författarna anser att ha diskuterat artiklarna är en styrka för arbetet för att säkerställa att inga artiklar har missats i sökningen, att översättningen från engelska till svenska varit korrekt och att de som inkluderades i resultatet svarade till syftet (Polit & Beck, 2017; Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Den noggranna redovisningen av hela processen genom arbetets gång leder till att litteraturoversiktens tillförlitlighet är stark. Detta då processen kan återupprepas och de som tar del av litteraturoversikten får en bra inblick i arbetet och dess styrkor och svagheter (Polit & Beck, 2017).

För att minska risken för att artiklarna som ingår i litteraturoversikten baseras på systematiska fel har artiklarna genomgått en kvalitetsgranskning enligt ett bedömningsunderlag som modifierats utifrån Caldwell, Henshaw och Taylor (2011) samt Polit och Beck (2017). Kvalitetsgranskningen utfördes enskilt av författarna oberoende av varandra och diskuterades därefter tillsammans för att säkerställa att artiklarna har erhållit rätt klassificering. Detta är en

styrka i arbetet då kvalitetsgranskningen inte har påverkats av varandra initialt och att en diskussion har förts om kvalitetsgranskningen. Tillvägagångssättet säkerställer att de artiklar som inkluderas är av god kvalitet och minskar risken för att originalartiklars resultat baseras på systematiska fel (Polit & Beck, 2017) Bedömningsunderlaget för kvalitetsgranskning var ett gemensamt underlag för att bedöma både kvalitativa och kvantitativa studier, vilket författarna anser underlättade kvalitetsgranskningen. Bedömningsunderlaget var noggrant och fokuserade på varje del av en artikel för att se om artikeln var av god kvalitet vilket författarna anser stärker arbetet då ett bra bedömningsunderlag behövs för att säkerställa god kvalitet på forskningen som ligger bakom originalartiklarna (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

De artiklar som bedömts att vara av mycket god kvalitet eller god kvalitet gick vidare till att analyseras enligt Kristenssons (2014) modell för integrerad analys. Denna analys valdes då analysen kan tillämpas på både kvalitativ och kvantitativ data vilket var fördelaktigt för denna litteraturöversikt då studier av både kvalitativ och kvantitativ ansats inkluderades. Inför den integrerade analysen lästes artiklarna upprepade gånger av författarna för att säkerställa att artiklarnas resultat tolkades korrekt. De delar som valdes ut från resultatet diskuterades gemensamt för att säkerställa att materialet tolkas korrekt och att översättningen från engelska till svenska var korrekt. Att författarna har diskuterat artiklarnas resultat och översättningen av materialet var för sig och sedan gemensamt anser författarna är en styrka för arbetet då risken för feltolkning minskar. Det slutgiltiga resultatet av den integrerade analysen resulterade i tre kategorier och sju subkategorier. Att dela upp materialet i kategorier och subkategorier anser författarna stundtals var svårt då kategorierna ska fånga resultatet som en helhet men kategorierna ska ändå skilja sig från varandra. Vissa delar av resultatet kunde passa i fler än en kategori och subkategori vid första anblick men upprepade diskussioner av författarna kring detta ledde till att materialet som ansågs passa i fler än en kategori/subkategori placerades i rätt kategori. Att diskutera materialet noggrant mellan författarna så att det placeras i rätt kategori/subkategori baserat på likheter och skillnader anser författarna är en styrka med den integrerade analysen och därmed stärker arbetet.

Då båda författarna till litteraturöversikten har arbetat/arbetar inom hjärtsjukvård och ambulanssjukvård leder det till att det finns en förkunskap och förförståelse inom valt forskningsområde. Förförståelse och förkunskap kan påverka ett resultat negativt då det finns en risk att författarna till litteraturöversikten utelämnar relevant forskning inom problemområdet då det anser att det är kunskap som de redan har tillgång till, detta i sin tur påverkar litteraturöversiktens trovärdighet (Polit & Beck, 2017). För att belysa författarnas förförståelse och förkunskap samt för att minska risken att litteraturöversiktens resultat påverkas negativt har flertalet diskussioner förts mellan författarna under arbetets gång samt under grupphandledningstillfällen tillsammans med andra studenter och handledare. I detta arbete anser författarna att deras förförståelse och förkunskap var till en fördel och ökar arbetets trovärdighet då författarna enklare kunde identifiera likheter och skillnader i den integrerade analysen som ligger till grund för resultatet som presenteras samt har en god insikt, kunskap och erfarenhet om problemområdet.

Slutsats

Anhöriga blir påverkade av att närvara vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem och sjuksköterskans agerande i denna situation har en helt avgörande betydelse för hur denna påverkan kommer att se ut. Eftersom sjuksköterskan ska arbeta på ett sätt som främjar hälsa och förebygger sjukdom måste kännedom finnas i hur de ska främja detta i mötet med anhöriga i en hjärtstoppssituation, samt att familjefokuserad omvårdnad appliceras när

möjlighet finns. Sjuksköterskan måste därför bli bättre på att ge anhöriga möjligheten att närvara och hållas informerade för att på så vis ge en anhörig bästa möjliga förutsättningar att klara av situationen och livet där efter.

Klinisk tillämpbarhet

Resultatet som framkom i denna litteraturöversikt kan bidra till en ökad förståelse och kunskap kring anhörigas upplevelse av att vara närvarande vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem. Denna ökade förståelse och kunskap skapar förutsättningar för sjuksköterskan tillsammans med andra professioner att arbeta utifrån ett familjefokuserat perspektiv och därmed bemöta anhöriga och patientens behov och upplevelser och därmed främja hälsa och minska lidande.

Genom att skapa tydliga rutiner för hur anhöriga ska hanteras i en hjärtstoppssituation i alla verksamheter där man allt jämt hamnar i en sådan situation samt träna detta på arbetsplatsens återkommande HLR-träning kan man på ett konkret sätt öka följsamheten och kännedomen hos vårdpersonalen. Genom att informera och erbjuda anhöriga att vara närvarande vid plötsligt hjärtstopp ökar möjligheten att främja hälsa hos den anhöriga med minskad risk för psykisk eller fysisk ohälsa och på så vis minskat vårdbehov i efterförloppet. Detta kan ha samhällsekonomisk vinst då vårdkontakter och läkemedelsförskrivning kan minskas.

Ytterligare forskning inom området krävs för att få en djupare förståelse för anhörigas upplevelse av att närvara vid plötsligt hjärtstopp hos en familjemedlem. Detta då vården behöver integrera anhöriga mer i vårdandet kring en familjemedlem och även ta hänsyn till anhörigas upplevelse, risk att utveckla psykisk ohälsa samt behov av tydlig kommunikation. Ju mer denna viktiga fråga lyfts ju snabbare går det att få till en förändring samt öka och sprida kunskapen hos den vårdpersonal som arbetar med dessa händelser. Även fler studier i svensk kontext hade varit av värde och gärna från olika regioner, då arbetssätten kan skiljas åt mellan regionerna och vissa kan ha kommit längre än andra i arbetet med anhöriga.

REFERENSER

(* framför artiklar inkluderade i resultatet)

Andersen, L. W., Holmberg, M. J., Berg, K. M., Donnino, M. W., & Granfeldt, A. (2019). In-Hospital Cardiac Arrest: A Review. *JAMA*, *321*(12), 1200–1210. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.1696>

Balian, S., Buckler, D. G., Blewer, A. L., Bhardwaj, A., & Abella, B. S. (2019). Variability in survival and post-cardiac arrest care following successful resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, *137*(4), 78–86. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.02.004>

Baumhover, N. C., & May, K. M. (2013). A vulnerable population: families of patients in adult critical care. *AACN advanced critical care*, *24*(2), 130–148. <https://doi.org/10.1097/NCI.0b013e318286489e>

Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8. uppl.). New York: Oxford University Press.

Bergbom, I. (2019). Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer. I J. Leksell & Lepp, M (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (ss. 89-113). Liber.

Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide*. (2. uppl.). London: McGraw-Hill Education/Open University Press.

Buanes, E. A., Gramstad, A., Søvig, K. K., Hufthammer, K. O., Flaatten, H., Husby, T., Langørgen, J., & Heltne, J. K. (2015). Cognitive function and health-related quality of life four years after cardiac arrest. *Resuscitation*, *89* (4), 13–18. doi: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.12.021>

Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse education today*, *31*(8), e1–e7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025>

*Carlsson, N., Bremer, A., Alvariza, A., Årestedt, K., & Axelsson, L. (2020). Losing a close person following death by sudden cardiac arrest: Bereaved family members' lived experiences. *Death studies*, *1*(10). <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1799453>

Cartledge, S., Feldman, S., Bray, J. E., Stub, D., & Finn, J. (2018). Understanding patients and spouses experiences of patient education following a cardiac event and eliciting attitudes and preferences towards incorporating cardiopulmonary resuscitation training: A qualitative study. *Journal of advanced nursing*, *74*(5), 1157–1169. <https://doi.org/10.1111/jan.13522>

*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. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0463>

Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T., & O'Shea, R. (2011). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of advanced nursing*, 67(12), 2561–2573. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05768.x>

Davidson, J. E., Jones, C., & Bienvenu, O. J. (2012). Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Critical care medicine*, 40(2), 618–624. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>

*De Stefano, C., Normand, D., Jabre, P., Azoulay, E., Kentish-Barnes, N., Lapostolle, F., Baubet, T., Reuter, P. G., Javaud, N., Borron, S. W., Vicaut, E., & Adnet, F. (2016). Family Presence during Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial. *PloS one*, 11(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156100>

Eggenberger, S. K., & Sanders, M. (2016). A family nursing educational intervention supports nurses and families in an adult intensive care unit. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 29(4), 217–223. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.09.002>

Folkhälsomyndigheten. (2020). *Åtgärder för att minska risken för smittspridning av covid-19 inom vård, tandvård och omsorg*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/eb0d34a63a124fa39c7c2d5753dedaa4/atgarder-minska-risken-smittspridning-covid-19-personal-var-d-tandvard-omsorg.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/6db68e38e372406aab877b4669736eec/ojamlighet-psykisk-halsa-sverige-kortversion.pdf>

Girotra, S., Chan, P. S., & Bradley, S. M. (2015). Post-resuscitation care following out-of-hospital and in-hospital cardiac arrest. *Heart (British Cardiac Society)*, 101(24), 1943–1949. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-307450>

Godbold, R., & Lees, A. (2016). Facilitating values awareness through the education of health professionals: Can web based decision making technology help?. *Nurse education in practice*, 17(3), 193–199. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.11.003>

Gries, C. J., Engelberg, R. A., Kross, E. K., Zatzick, D., Nielsen, E. L., Downey, L., & Curtis, J. R. (2010). Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest*, 137(2), 280–287. <https://doi.org/10.1378/chest.09-1291>

Hemberg, J., & Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 822–829. <https://doi.org/10.1111/scs.12403>

Hjärt-Lungräddningsregistret. (2019). *Årsrapport*. <https://arsrapporter.registercentrum.se/shlr/20201103/arsrapport.pdf>

HLR-Rådet.(2016). *Svenska riktlinjer för uppföljning efter hjärtstopp*. <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2018/03/Svenska-riktlinjer-f%C3%B6r-uppf%C3%B6ljning-efter-hj%C3%A4rtstopp.pdf>

*Holm, M. S., Norekvål, T. M., Fållun, N., & Gjengedal, E. (2012). Partners' ambivalence towards cardiac arrest and hypothermia treatment: a qualitative study. *Nursing in critical care*, 17(5), 231–238. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00490.x>

Huang, Y., He, Q., Yang, L. J., Liu, G. J., & Jones, A. (2014). Cardiopulmonary resuscitation (CPR) plus delayed defibrillation versus immediate defibrillation for out-of-hospital cardiac arrest. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009803.pub2>

Iacobucci, T. A., Daly, B. J., Lindell, D., & Griffin, M. Q. (2013). Professional values, self-esteem, and ethical confidence of baccalaureate nursing students. *Nursing ethics*, 20(4), 479–490. <https://doi.org/10.1177/0969733012458608>

*Jabre, P., Tazarourte, K., Azoulay, E., Borron, S. W., 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). Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive care medicine*, 40(7), 981–987. <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3337-1>

*Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., Tazarourte, K., Bouilleau, G., Pinaud, V., Broche, C., Normand, D., Baubet, T., Ricard-Hibon, A., Istria, J., Beltramini, A., Alheritiere, A., Assez, N., Nace, L., Vivien, B., Turi, L., & Adnet, F. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *The New England journal of medicine*, 368(11), 1008–1018. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1203366>

Kinrade, T., Jackson, A. C., & Tomnay, J. (2011). Social workers' perspectives on the psychosocial needs of families during critical illness. *Social work in health care*, 50(9), 661–681. <https://doi.org/10.1080/00981389.2011.590874>

Koster, R. W., Baubin, M. A., Bossaert, L. L., Caballero, A., Cassan, P., Castrén, M., Granja, C., Handley, A. J., Monsieurs, K. G., Perkins, G. D., Raffay, V., & Sandroni, C. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation*, 81(10), 1277–1292. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.08.009>

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

Larribau, R., Deham, H., Niquille, M., & Sarasin F.P. (2018) Improvement of out-of-hospital cardiac arrest survival rate after implementation of the 2010 resuscitation guidelines. *PLoS One*, 13(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204169>

*Larsson, I. M., Wallin, E., Rubertsson, S., & Kristoferzon, M. L. (2013). Relatives' experiences during the next of kin's hospital stay after surviving cardiac arrest and therapeutic hypothermia. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 12(4), 353–359. <https://doi.org/10.1177/1474515112459618>

*Leske, J. S., McAndrew, N. S., & Brasel, K. J. (2013). Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 20(2), 77–85. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e31829600a8>

*Leske, J. S., McAndrew, N. S., Brasel, K. J., & Feetham, S. (2017). Family Presence During Resuscitation After Trauma. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 24(2), 85–96. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000271>

*Löf, S., Sandström, A., & Engström, A. (2010). Patients treated with therapeutic hypothermia after cardiac arrest: relatives' experiences. *Journal of advanced nursing*, 66(8), 1760–1768. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05352.x>

*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. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p72>

*Mayer, D. D., Rosenfeld, A. G., & Gilbert, K. (2013). Lives forever changed: family bereavement experiences after sudden cardiac death. *Applied nursing research: ANR*, 26(4), 168–173. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.06.007>

McCance, T., & McCormack, B. (2019). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & Lepp, M (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (ss. 76-88). Liber.

McNally, B., Robb, R., Mehta, M., Vellano, K., Valderrama, A. L., Yoon, P. W., Sasson, C., Crouch, A., Perez, A. B., Merritt, R., Kellermann, A., & Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Out-of-hospital cardiac arrest surveillance --- Cardiac Arrest Registry to Enhance Survival (CARES), United States, October 1, 2005--December 31, 2010. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries*, 60(8), 1–19. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6008a1.htm>

Mehta, C., & Brady, W. (2012). Pulseless electrical activity in cardiac arrest: electrocardiographic presentations and management considerations based on the electrocardiogram. *The American journal of emergency medicine*, 30(1), 236–239. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.08.017>

*Metzger, K., Gamp, M., Tondorf, T., Hochstrasser, S., Becker, C., Luescher, T., Rasiyah, R., Boerlin, A., Tisljar, K., Emsden, C., Sutter, R., Schaefer, R., Meinschmidt, G., Marsch, S., & Hunziker, S. (2019). Depression and anxiety in relatives of out-of-hospital cardiac arrest patients: Results of a prospective observational study. *Journal of critical care*, 51(6), 57–63. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.01.026>

Mitchell, M. L., & Chaboyer, W. (2010). Family Centred Care--a way to connect patients, families and nurses in critical care: a qualitative study using telephone interviews. *Intensive & critical care nursing*, 26(3), 154–160. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.03.003>

Park, M., Giap, T. T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018). Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic

reviews. *International journal of nursing studies*, 87(11), 69–83.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>

Parsons C. (2016). Evidenced-Based Care of Adolescents and Families in Crisis. *The Nursing clinics of North America*, 51(2), 249–260. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.008>

Peltan, I. D., Poll, J., Sorensen, J., Guidry, D., Chandler, M., Beninati, W., & Brown, S. M. (2019). Clinician Perspectives Regarding In-Hospital Cardiac Arrest Resuscitation: A Multicenter Survey. *Critical care medicine*, 47(3), e190–e197.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003612>

Persson, C., & Benzein, E. (2014). Family health conversations: how do they support health?. *Nursing research and practice*. <https://doi.org/10.1155/2014/547160>

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Regeringskansliet. (2018). *Handlingsplan Agenda 2030 2018–2020*.
<https://www.regeringen.se/49e20a/contentassets/60a67ba0ec8a4f27b04cc4098fa6f9fa/handlingsplan-agenda-2030.pdf>

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen

Sherwood, G., & Barnsteiner, J. (2013). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad: sex grundläggande kärnkompetenser*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2019). *Stöd till anhöriga och anhörigstöd*. Hämtad 2020-11-19 från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-d-och-omsorg/stod-till-anhoriga/>

*Soleimanpour, H., Tabrizi, J. S., Jafari Rouhi, A., Golzari, S. E., Mahmoodpour, A., Mehdizadeh Esfanjani, R., & Soleimanpour, M. (2017). Psychological effects on patient's relatives regarding their presence during resuscitation. *Journal of cardiovascular and thoracic research*, 9(2), 113–117. <https://doi.org/10.15171/jcvtr.2017.19>

Suserud, B.O. (2016). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber

Svenska Akademiens ordbok. (1948). *Närvaro*. Hämtad 2020-01-14 från https://svenska.se/saob/?id=N_1091-0045.u4AW&pz=7

Svenska Akademiens ordbok. (2011). *Upplevelse*. Hämtad 2020-01-14 från https://svenska.se/saob/?id=U_0517-0013.rEC6&pz=7

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning*.
<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623140a/1584001673305/hj%C3%A4rt%20och%20lungr%C3%A4ddning%20riktlinjer.pdf>

Swan, M. A., & Eggenberger, S. K. (2020). Early Career Nurses' Experiences of Providing Family Nursing Care: Perceived Benefits and Challenges. *Journal of Family Nursing*.
<https://doi.org/10.1177/1074840720968286>

*Thorén, A.B., Danielson, E., Herlitz, J., & Axelsson, B. A. (2010). Spouses' experiences of a cardiac arrest at home: an interview study. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 9(3), 161–167. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.12.005>

Torgerson, C. (2003). *Systematic Reviews*. London: Continuum

Vaillancourt, C., Verma, A., Trickett, J., Crete, D., Beaudoin, T., Nesbitt, L., Wells, G. A., & Stiell, I. G. (2007). Evaluating the effectiveness of dispatch-assisted cardiopulmonary resuscitation instructions. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 14(10), 877–883. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2007.06.021>

Valenzuela, T. D., Roe, D. J., Cretin, S., Spaite, D. W., & Larsen, M. P. (1997). Estimating effectiveness of cardiac arrest interventions: a logistic regression survival model. *Circulation*, 96(10), 3308–3313. <https://doi.org/10.1161/01.cir.96.10.3308>

WHO. (1948). *Constitution of the world health organization*.
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Wisten, A., Krantz, P., & Stattin, E. L. (2017). Sudden cardiac death among the young in Sweden from 2000 to 2010: an autopsy-based study. *Europace : European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology : journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology*, 19(8), 1327–1334. <https://doi.org/10.1093/europace/euw249>

Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J.M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2020-12-03 från
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Ågård, A. S., Hofhuis, J., Koopmans, M., Gerritsen, R. T., Spronk, P. E., Engelberg, R. A., Randall Curtis, J., Zijlstra, J. G., & Jensen, H. I. (2019). Identifying improvement opportunities for patient- and family-centered care in the ICU: Using qualitative methods to understand family perspectives. *Journal of critical care*, 49, 33–37.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.10.008>

BILAGA A

Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011. Klassificering utifrån Polit & Beck 2016/2017 (kryssa i rutan).

Kvantitativa studier

- Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)/experimentell studie; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper där fördelningen av deltagarna mellan grupperna har gjorts slumpmässigt (randomiserat).
- Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)/kvasi-experimentell studie med kontrollgrupp; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- Kvasi-experimentell studie (KE) utan kontrollgrupp; är prospektiv och innehåller en intervention.
- Prospektiv icke-experimentell studie/kohortstudie (P); innehåller ingen intervention, jämförelser görs över tid
- Icke-experimentell studie/korrelationsstudie/observationsstudie/tvärsnittsstudie (IE); innehåller ingen intervention, samband studeras.
- Retrospektiv studie/fall-kontroll studie; jämförelser mellan fall och kontroller (R).

Kvalitativ studie

- Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016/2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Frågor för kvalitetsbedömning	Beskriv kortfattat egen bedömning	Poäng Nej=0, Delvis=1 och Ja=2
1. Återspeglar titeln studiens innehåll? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
2. Har författarna publicerat något inom samma eller närliggande område? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
3. Sammanfattar abstractet de viktigaste delarna? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
4. Är rationalen/problemformuleringen för studien tydligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
5. Är litteraturen i bakgrunden tillräcklig och uppdaterad (vilka år) inom forskningsområdet? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
6. Är syftet för studien tydligt förklarad? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
7. Identifieras och diskuteras alla etiska frågor tillräckligt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
8. Är metoden identifierad och tillräckligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
9. Är designen tydligt beskriven, motiverad samt lämplig? (Kvantitativ studie)		

Är bakgrunden, designen tydligt beskriven, motiverad och lämplig? (Kvalitativ studie)		
10. Är det en hypotes tydligt formulerad? Är huvudvariablerna tydligt beskrivna? (Kvantitativ studie) Är de centrala begreppen tydligt beskrivna? (Kvalitativ studie)		
11. Är kontexten för studien beskrivet? (kvantitativ studie) Är kontexten för studien beskriven? (Kvalitativ studie)		
12. Är urvalet adekvat beskrivet och representativt för populationen? (Kvantitativ studie) Är urvalet av deltagare och datainsamlingsmetoden adekvat beskrivet? (Kvalitativ studie)		
13. Är metoden för datainsamling valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för datainsamlingen granskningsbar och trovärdig? (Kvalitativ studie)		
14. Är metoden för dataanalys valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för dataanalys trovärdig och tillförlitlig? (Kvalitativ studie)		
15. Är resultaten presenterade på ett lämpligt och tydligt sätt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		

16. Är diskussionen tillräcklig. Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning inom området, diskuteras studiens styrkor och svagheter, är diskussionen ”objektiv”?		
17. Är konklusionen tillräcklig. Baseras konklusionen (uteslutande) på studiens resultat?		
18. Är resultaten generaliserbara? (Kvantitativ studie) Är resultaten överförbara? (Kvalitativ studie)		
Totalt (max 36 poäng)		

(Caldwell K, Henshaw L, Taylor G. Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. Nurse Education Today 31 (2011) e1-e7.

Cut off värde för kvalitet

Mycket god kvalitet, 29-36 poäng

God kvalitet, 20-28 poäng

Låg kvalitet, <20 poäng

Artikelmatris

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/ Typ
Carlsson, N., Bremer, A., Alvariza, A., Årestedt, K., & Axelsson, L. 2020 Sverige	<i>Death studies</i> Losing a close person following death by sudden cardiac arrest: Bereaved family members' lived experiences	Att belysa betydelsen av att förlora en nära anhörig vid plötsligt hjärtstopp.	Kvalitativ design med en fenomenologisk hermeneutisk metod Öppna intervjuer utfördes 6-16 månader efter en nära anhörigs död och varade mellan 32-107 minuter.	12 (-)	Resultatet var indelat i två tema och tio undertema. Det första temat var ”pendla mellan liv och plötslig död” med undertema: ”pendla mellan hopp och förtvivlan under upplivning”, ”Behov av att känna mening av upplivningsförsöket”, ”Att vilja bli omhändertagen av vårdpersonalen” och ”Behovet att få veta att allt som kunde göras blev gjort”. Andra temat var ”Fortsätta leva efter en plötslig förlust” med underteman: ”Lämnad med frågor, vissa utan svar”, ”söka tröst i den plötsliga dödens natur”, ”påmind om att döden är en del av livet”, ”Uppleva en okänd kopp”, ”Vilja bli uppmärksam som en efterlevande anhörig” samt	Mycket god kvalitet Etiskt granskad

					”plötsligt förlora livet man känner till”.	
Compton S, Levy P, Griffin M, Waselewsky D, Mango L, Zalenski R 2011 USA	<i>Journal of Palliative medicine</i> Family-Witnessed Resuscitation: Bereavement Outcomes in an Urban Environment	Att jämföra sorg relaterad depression och PTSD symtom mellan familjemedlemmar som bevittnat HLR hos en nära anhörig och de som inte bevittnat.	En prospektiv kvantitativ kvasiexperimentell studie Självskattning med CES-D och PSS-SR-skalorna.	65 (-)	Sorg relaterad depression och PTSD symtom kan ses i båda grupperna men ingen signifikant skillnad kan ses mellan grupperna.	God kvalitet Etiskt granskad
De Stefano C, Normand D, Jabre P, Azoulay E, KentishBarnes N, et al. 2016 Hongkong	<i>PLOS ONE</i> Family Presence during Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial.	Syftet med studien var att förstå familjemedlemmars upplevelse av att bevittna HLR på en anhörig.	En kvalitativ studie med en sekventiell utforskande design och innehållsanalys Semi-strukturerade telefonintervjuer utfördes 90 dagar efter hjärtstoppet.	75 (45)	Fyra teman uppkom. 1: att aktivt välja att vara närvarande vid HLR. 2: kommunikation mellan anhöriga och vårdpersonalen. 3: Att komma till terms med döden för att acceptera förlusten av en anhörig. 4: Erfarenheter och reaktioner hos anhöriga som inte bevittnade HLR. Att närvara vid ett hjärtstopp gav familjemedlemmar en känsla av att ha givit stöd åt sin anhörig under förloppet och kunde lättare bearbeta processen. Kommunikation mellan familjen och	Mycket god kvalitet Etiskt granskad

					vårdpersonalen spelar en central roll för hur väl familjemedlemmar accepterar förlusten av en anhörig.	
<p>Holm, M. S, Norekvål, T. M., Fålund, N & Gjengedal, E.</p> <p>2012</p> <p>Norge</p>	<p><i>Nursing in Critical Care.</i></p> <p>Partners' ambivalence towards cardiac arrest and hypothermia treatment: a qualitative study.</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka anhörigas erfarenheter av att vara anhörig till patienter som fick hjärtstopp och senare hypotermibehandling på en intensivavdelning.</p>	<p>Kvalitativ design med Giorgi's fenomenologiska analysmetod</p> <p>Semistrukturerade intervjuer utfördes.</p>	<p>9 (-)</p>	<p>Sex huvudteman framkom</p> <p>1. Rädslan som framkom av att bevittna hjärtstoppet, 2. Ambivalens mot IVA-rummet och patientens kalla kropp, 3. Behovet av ärlig och realistisk information, 4. Väntan kring patientens uppvaknande, 5. Socialt nätverk som stöd och börda, 6. Den skrämmande hemkomsten.</p> <p>Anhörigas ambivalens genomsyrade studien, de kände både lättnad och rädsla. En del av deltagarna i studien kände skuld efter återupplivningen och i väntan på uppvaknandet på IVA samt ångest vid hemkomst.</p>	<p>Mycket god kvalitet</p> <p>Etiskt granskat</p>
<p>Jabre P, Tazarourte K, Azoulay E, Borron S W,</p>	<p><i>Invasive Care Medicine</i></p>	<p>Att utvärdera de psykologiska konsekvenserna hos</p>	<p>En kvantitativ studie baserat på ett prospektivt, kluster</p>	<p>570 (162)</p>	<p>En signifikant skillnad kan ses mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen gällande</p>	<p>God kvalitet</p>

Belpomme V, Jacob L et al. 2014 Frankrike	Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation 1-year assessment	familjemedlemmar som erbjudits att delta vid HLR hos en anhörig jämfört med de som inte erbjudits möjligheten.	randomiserat kontrollerat urval Självskattning enligt IES, HADS och ICG ett år efter händelsen.		PTSD-symtom. En högre förekomst av PTSD-symtom kan ses i kontrollgruppen än i interventionsgruppen.	Etiskt granskad
Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L et al 2013 Frankrike	<i>The New England Journal of Medicine</i> Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation	Att uppmärksamma antalet anhöriga som utvecklat PTSD symtom 90 dagar efter att ha bevittnat HLR hos en nära anhörig jämfört med de som inte bevittnat HLR hos en nära anhörig	En prospektiv kvantitativ studie baserat på ett kluster randomiserat kontrollerat urval. De anhöriga fick skatta sitt välbefinnande enligt IES-skalan och HADS-skalan 90 dagar efter händelsen	570 (95)	Interventionsgruppen uppvisade ett signifikant högre välbefinnande 90 dagar efter händelsen jämfört med kontrollgruppen.	Mycket god kvalitet Etiskt granskad
Larsson, I-M., Wallin, E., Rubertsson, S., & Kristoferzon, M-L. 2012 Sverige	<i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> Relatives' experiences during the next of kin's hospital stay after surviving cardiac arrest and therapeutic hypothermia	Att beskriva anhörigas erfarenheter under vårdtiden då en familjemedlem överlevt ett hjärtstopp och erhållit hypotermibehandling på IVA.	Kvalitativ design med en innehållsanalys Semi-strukturerade intervjuer utfördes när patientens skrevs ut, 1,5- 6 veckor efter hjärtstoppet. Intervjuerna varade mellan 30-60 minuter och skedde antingen via telefon eller fysiskt.	20 (-)	Tre teman framtoogs: 1: Första tiden som kännetecknas av kaos, 2: Att känna sig trygg i en svår situation och 3: Att leva i en förändrad existens. Anhöriga ansåg att det var svårt att ta till sig medicinsk information och ville ha detta i skriftligt format. Anhöriga ville ha	Mycket god kvalitet Etiskt granskad

					ärlig och tydlig information om deras familjemedlems tillstånd och prognos. Anhöriga saknade en rehabiliteringsplan vid utskrivning. Anhöriga kände ett behov av att ha telefonkontakt med övriga familjemedlemmar och vänner och detta beskrevs som tidskrävande. De kände även skuld och en osäkerhet på framtiden även om de var hoppfulla.	
Leske, J., McAndrew, N., Brasel, K., & Feetham, S. 2017 USA	<i>Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses</i> Family presence during resuscitation after trauma	Att undersöka effekterna av att familjen närvarar under pågående HLR hos patienter som överlevt fordonsolycka eller skottskada på akutmottagningen	En kvantitativ prospektiv jämförande design med variabelanalys som metod. 72h efter händelsen utfördes en självskattning hos deltagarna med hjälp av Family Crisis Oriented Personal Scale, Family Inventory of Resources for Managment, Family Problem Solving Communication Index, State anxiety portion of the State Trait Anxiety	140 (-)	Familjemedlemmar som närvarade under HLR påvisade lägre resultat av ångest och stress och ett ökat välbefinnande inom familjen kunde ses. Dock påverkade inte deltagandet under HLR upplevelsen av att vara nöjd med den akuta vården som gavs. Vilka resurser familjen hade påverkade nivån av stress till det lägre i gruppen som var närvarande vid HLR.	God kvalitet Etiskt granskad

			Inventory, Acute Stress Disorder Scale, Family Member Well-being Index och Family Satisfaction in the Intensive Care Unit Scale.			
Leske, J., mcAndrew, N., & Brasel, K. 2013 USA	<i>Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses</i> Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma	Att beskriva anhörigas erfarenheter av möjligheten att få närvara vid HLR hos en familjemedlem efter fordonsolycka eller skottskada.	Deskriptiv kvalitativ design med en innehållsanalys Deltagarna i studien deltog i en öppen intervju som varade mellan 10 och 30 min 2 dagar efter ankomst till IVA.	28 (-)	Två huvudteman framkom med subkategorier: 1: Vårdpersonalens ansvar att ”fixa” patienten och 2: Familjemedlemmens roll, att skydda och stödja patienten. Att låta familjemedlemmar närvara vid HLR hjälper familjemedlemmar att bygga tillit till vårdpersonalen, erhålla tillräckligt med information, tillåter anhöriga att vara nära sin familjemedlem och därmed stödja dem emotionellt.	Mycket god kvalitet Etiskt granskad
Löf, S., Sandström, A., & Engström, Å. 2010 Sverige	<i>Journal of Advanced Nursing</i> Patients treated with therapeutic hypothermia after	Att beskriva anhörigas erfarenheter av att vara anhörig till patienter som erhållit hypotermibehandl	En kvalitativ design med en induktiv analysmetod Semi-strukturerade intervjuer genomfördes. Intervjuerna varade	10 (2)	Tre teman framkom: 1: en plötslig förändring i livet. 2: Att känna tillit och stöd. 3: Oron inför framtiden. Anhöriga beskriver förloppet vid hjärtstoppet	Mycket god kvalitet Etiskt granskad

	cardiac arrest: relatives' experiences	ing efter ett hjärtstopp	mellan 35-50 minuter och utfördes via telefon eller fysiskt.		som skrämmande. Att se patienten kopplad till sladdar och utrustning ledde till att en känsla av överklighet växte fram, patienten upplevdes som kall, livlös och svår att känna igen. Anhöriga upplevde en ångestfylld framtid när prognosen för deras familjemedlem var osäker. Anhöriga stöttade varandra denna svåra tid och hoppades på att patienten skulle överleva.	
Masa'Deh, R., Saifan, A., Timmons, S., & Nairn, S. 2013 Jordanien	<i>Global Journal of Health Science</i> Families' stressors and needs at time of cardiopulmonary resuscitation: A Jordanian perspective	Att undersöka familjemedlemmars behov under pågående HLR på IVA	Kvalitativ studie med tema analys som analysmetod Semi-strukturerade intervjuer utfördes och varade i cirka 40-60 minuter.	7 (-)	Tre kategorier presenterades: 1. Familjens behov av tröst. 2: Familjens behov av närhet och 3: familjens behov av stöd. Behovet av information om patientens tillstånd var det viktigaste behovet. Genom att uppdatera familjen om patientens tillstånd minskade spänningen och ökade deras acceptans för utkomsten av återupplivningsförsöket. Alla familjemedlemmar som deltog i studien ville	Mycket god kvalitet Etiskt granskad

					erbjudas möjligheten att stanna vid patientens sida ända in i slutet. En del familjemedlemmar ville erbjudas möjligheten för religiösa och kulturella skäl så som för att be om stöd för sina nära och kära.	
Mayer, D. "Dale" M., Rosenfeld, A. G., & Gilbert, K. 2013 USA	<i>Applied Nursing Research</i> Lives forever changed: Family bereavement experiences after sudden cardiac death.	Syftet var att beskriva familjens erfarenheter kring sorg när en anhörig gått bort i plötslig hjärtdöd och att identifiera betydelsen av förlust	En kvalitativ deskriptiv design med en berättande analys som metod. Familjeintervjuer utfördes initialt för att sedan gå vidare till individuella öppna intervjuer inom familjen. familjeintervjuerna varade mellan 90-150 minuter och de individuella intervjuerna mellan 45-90 minuter.	7 (-)	Fem teman identifierades. 1: Plötslig hjärtdöd ... boom. 2: Att säga farväl. 3: Sorg utlöser flyktiga känslomässiga reaktioner. 4: Livet går vidare ... men aldrig tillbaka till det normala .5: Betydelsen av förlusten	God kvalitet Etiskt granskad
Metzger, K., Gamp, M., Tondorf, T., Hochstrasser, S., Becker, C, et al. 2019	<i>Journal of Critical Care</i> Depression and anxiety in relatives of out-of-hospital cardiac	Att undersöka prevalens och riskfaktorer för depression och ångest hos anhöriga vars familjemedlem	En kvantitativ prospektiv observations kohort studie med ett randomiserat urval Deltagarna intervjuades vid ankomst till IVA	141 (40)	Anhöriga till patienter som utvecklat ett pre-hospitalt hjärtstopp rapporterar symtom av depression och ångest 90 dagar efter händelsen. Anhöriga påpekar att en förbättring	Mycket god kvalitet Etiskt granskad

Schweiz	arrest patients: Results of a prospective observational study	drabbats av ett pre-hospitalt hjärtstopp och vårdats på IVA.	gällande psykosociala riskfaktorer och hur de upplevde kommunikationen. 90 dagar efter händelsen utfördes en telefonintervju där deltagarna självskattades enligt HADS.		kring tidig vård och kommunikation eventuellt kan minska riskerna för att utveckla depression och ångest.	
Soleimanpour H, Tabrizi JS, Rouhi AJ, Golzari SE, Mahmoodpoor A, Esfanjani RM, Soleimanpour M 2017 Iran	<i>Journal of Cardiovascular and Thoracic Research</i> Psychological effects on patient's relatives regarding their presence during resuscitation	Syftet med studien var att undersöka eventuella psykologiska effekter hos anhöriga när de är närvarande vid HLR.	Kvantitativ design med kvasi-experimentellt urval Deltagarna kontaktades efter 90 dagar via telefon och självskattning enligt HADS och IES utfördes.	113 (-)	En signifikant skillnad kunde ses mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen gällande depression, ångest och PTSD-symtom där kontrollgruppen påvisade högre värden.	God kvalitet Etiskt granskad
Thorén AB, Danielsson E, Herlitz J, Axelsson B Å 2010 Sverige	<i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> Spouses' experiences of a cardiac arrest at home: An interview study	Att beskriva anhörigas upplevelser av att bevittna hjärtstopp hos sin partner i hemmet. Med fokus på tiden innan hjärtstoppet och när det skedde.	En kvalitativ studie med innehållsanalys Semi-strukturerade intervjuer utfördes hos anhöriga som valdes ut genom hjärtstoppregister via Sahlgrenska sjukhuset.	15 (36)	Anhöriga som bevittnade hjärtstopp hos sin partner i hemmet upplevde en brist i att upptäcka tidiga symtom på hjärtstopp. Detta påverkade även utöandet av HLR. Stöd från SOS och tidigare erfarenheter kring HLR värdesattes av deltagarna i studien.	Mycket god kvalitet Etiskt granskad

Källa: Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006, sid 84). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.