

HJÄRT-LUNGRÄDDNING TILL VARJE PRIS?

**Etiska dilemman vid prehospitalt hjärtstopp hos vuxna- en
litteraturöversikt**

CARDIO-PULMONARY RESUSCITATION AT ANY COST?

**Ethical dilemmas in treatment of adults with prehospital cardiac arrest – a
literature review**

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning ambulanssjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: [Klicka här för att ange datum.](#)
Kurs: Ht20

Författare:
Stina Roth

Erik Sköld

Handledare:
Anna Abellsson

Examinator:
Ann-Charlotte Falk

SAMMANFATTNING

Bakgrunden beskriver hjärt-och lungräddning som en utmaning för ambulanssjuksköterskan. Utmaningen består i att göra det som upplevs vara rätt för patienten, anhöriga och vårdare. Trots begränsad tillgång på förhandsinformation och skiftande vårdmiljö, förväntas ambulanssjuksköterskan ta snabba och livsavgörande beslut inom ett kort tidsfönster och samtidigt leda omvårdnadsarbetet för ambulanssteamet och arbeta personcentrerat.

Syftet var att beskriva etiska dilemman som uppstår hos ambulanspersonalen vid prehospitla hjärtstopp hos vuxna.

Metoden var en litteraturstudie med systematisk ansats innehållande kvalitativa vetenskapliga artiklar från databaserna PubMed och Cinahl. Totalt har 15st vetenskapliga originalartiklar som besvarade syftet inkluderats och efter kvalitetsgranskning gjordes en integrerad analys.

Resultatet visar ett övergripande tema: Att göra det rätta. Temat delades in i tre huvudkategorier; Att bära ett stort ansvar i en allvarlig situation, När livet tar slut och Att orka för allas skull. Etiska dilemman uttrycktes runt att göra rätt utifrån patienten perspektiv, reaktioner och interaktion med anhöriga, konflikter runt sina egna etiska värderingar och rädslan för juridiska konsekvenser eller repressalier utifrån organisatoriska faktorer och riktlinjer och då bli anklagad för att ha agerat fel vid hjärtstopp.

Slutsatsen var att ambulanspersonal ibland upplever en svår etisk stress i situationer där förmågan att göra snabba och ofta livsavgörande beslut konkurrerar med den personcentrerade omvårdnaden och anhöriga i kris. Hantering av stressfyllda och känslomässiga situationer upplevdes som lättare i och med ökad erfarenhet och en stabil grund bestående av personlig och professionell mognad och en bra relation med kollegor och arbetsgivare. Vidare forskning på området skulle kunna förbättra personcentrerade omvårdnadsarbetet, förbättra arbetsmiljön och den psykiska hälsan hos ambulanspersonal.

Nyckelord: ambulans, etiskt dilemma, hjärt-och lungräddning, personcentrerad omvårdnad

ABSTRACT

Background describes cardio-pulmonary resuscitation as a major challenge to ambulance nurses. The challenge is to act upon the best interest for the patient, relatives and the caregiver. Despite limited initial information and great environmental diversities, the ambulance nurse is expected to make quick and life dependent decisions within a limited time frame and still lead the team through the intervention with a Patient-centered care focus.

Aim was to describe ambulance personnel's experiences of ethical dilemmas in relation to out-of-hospital cardiac arrest in adults.

Method used was a literature review with a systematic approach of 15 qualitative research articles from the databases PubMed and Cinahl. The articles were evaluated for quality and an integrated analysis was performed

Results revealed an overall theme: To do the right thing. The theme consisted of three main categories; To have a great responsibility in a difficult situation, When life ends and To have the strength for everyone. Expressed ethical dilemmas concerned doing the right by the patient, reactions and interactions with relatives, conflicts between personal ethical values and the fear of legal consequences or being subject to reprisals and being accused for not adhering to organizational factors and policies in the event of a cardiac arrest.

Conclusion made was that ambulance personnel are subject to severe ethical stress in situations where the ability to make quick and life dependent decisions compete with the patient centered care and relatives in crisis. Dealing with stressful and emotional situations became easier as experience was gained. Experience included a solid foundation of personal and professional maturity and a steady relationship with colleagues and employment organization. Further research is suggested to improve the person-centered care, improvement of working environment and psychological health for ambulance personnel.

Keywords: ambulance, cardio-pulmonary resuscitation, ethical dilemma, patient-Centered Care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Prehospital akutsjukvård	1
Prehospitala hjärtstopp och behandling.....	1
Patienten som drabbas av hjärtstopp	2
Anhöriga och hjärtstopp	3
Ambulanssjuksköterskans utmaningar vid hjärtstopp.....	4
Personcentrerad vård	5
Etik inom ambulanssjukvården	5
Etiska dilemman	6
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	7
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	8
METOD	8
Design.....	8
Urval.....	8
Datainsamling.....	8
Bilaga C Sökord	9
Dataanalys	11
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
RESULTAT	12
Att göra det rätta.....	12
Att bära ett stort ansvar i en allvarlig situation.	13
När livet tar slut.....	14
Att orka för allas skull	16
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion.....	17
Metoddiskussion.....	22
SLUTSATS	24
KLINISK TILLÄMPBARHET	24
REFERENSER	24
BILAGOR	I
Bilaga A Granskningsmall	I
Bilaga B Artikelmatris	IV

INLEDNING

Hjärt-kärlsjukdom är den vanligaste orsaken till plötsligt hjärtstopp utanför sjukhus i Sverige och är ett reellt hälsoproblem i samhället. Få återupplivningsförsök utanför sjukhus lyckas och ambulanssjuksköterskan behöver bemöta anhöriga och samtidigt göra ett antal medicinska, etiska och omvårdnadsmissiga beslut, med patienten i fokus.

BAKGRUND

Prehospital akutsjukvård

Prehospital akutsjukvård innefattar medicinska åtgärder som utförs i en miljö utanför sjukhus. Ambulanssjukvård i sin tur definieras som hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till en ambulans (SOSFS 2009:10). Under 1990-talet började grundutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor att anställas inom ambulansen i Sverige (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor [RAS], 2020) och år 1997 beslutade Socialstyrelsen att en specialistutbildning inom ambulanssjukvård för sjuksköterskor behövdes (RAS, 2020). Socialstyrelsen beslutade år 2005 att endast sjuksköterskor skulle hantera och administrera läkemedel inom ambulansen, vilket ledde till krav på att minst en i ambulansbesättningen behövde vara legitimerad sjuksköterska (RAS, 2020). En ambulanssjuksköterska är specialistutbildad i prehospital sjukvård och omvårdnad och ska förmå att ge avancerad omvårdnad, som innefattar att bland annat att leda och organisera vården kring patienten samt omhänderta patienten genom ett systematiskt stödjande och reflekterande sätt (RAS, 2020). Sjuksköterskan med högst formell medicinsk kompetens i ambulansbesättningen, besitter även det medicinska ledningsansvaret och avgör vem i besättningen som är mest lämplig att vårda patienten samt tar beslut om medicinska bedömningar, prioriteringar och vårdbehov (SLL, 2020).

Ambulanssjukvården i Sverige har under de senaste decennierna utvecklats från akut transport till sjukhus, till att utföra alltmer avancerad sjukvård på plats hos patienten. Forskning, teknik och kompetensutveckling har gjort det möjligt att behandla allt fler allvarliga sjukdomar och tillstånd prehospitalt (Bremer, 2016). Utvecklingen gör det möjligt för ambulanspersonal att påbörja återupplivning av en person som drabbats av ett hjärtstopp i hemmet eller på allmän plats med samma behandlingsalgoritm som på sjukhus. Däremot föreligger ofta en skillnad på tillgången till bakgrundsinformation om patienten och utmaningar i vårdmiljön jämfört med ett intrahospitalt hjärtstopp, vilket kan spela en stor roll runt beslutsfattandet kring att påbörja, fortsätta eller avsluta återupplivning. Besluten bör fattas ur perspektivet av vad som kan anses vara etiskt bäst för patienten och om denne gynnas av att överleva hjärtstoppet (Waldrop et al., 2018).

Prehospitala hjärtstopp och behandling

Prehospitalt hjärtstopp är ett betydande hälsoproblem i samhället, oftast med dödlig utgång (Dehghan-Nayeri et al., 2021; Green et al., 2015). Enligt Svenska Hjärt-Lungräddningsregistrets Årsrapport 2020 (2021), skedde 1458 framgångsrika återupplivningsförsök år 2020, där patienten var vid liv 30 dagar senare. Det utgör ett genomsnitt på ungefär 11% av det totala antalet rapporterade hjärtstopp. Av dessa skedde 592 utanför sjukhus och 866 på sjukhus. En tydlig ökning av överlevnadsgrad har skett sedan 1990-talet, med störst ökning mellan åren 2000 - 2010. Siffrorna har dock legat stabilt

oförändrat de senaste 10 åren. Rapporten visar även att ambulansens responstider har ökat, sannolikt på grund av resursbrist. Ändå har tiden mellan hjärtstoppet och första defibrillering minskat vilket kan vara ett resultat av insatser av räddningstjänst, polis och allmänhet, samt att fler hjärtstartare har placerats ut i samhället. Överlevnaden hos patienten är beroende av att en serie insatser initieras och optimeras på prehospitalet, samhälls- och sjukhusnivå (Dehghan-Nayeri et al., 2021).

Att rädda en människas liv är det primära syftet när ambulanspersonalen kommer till en plats och någon svävar i livsfara, eller till och med redan har fått hjärtstopp. Vid ett plötsligt hjärtstopp slutar hjärtat att slå på grund av ett elektriskt kaos som har uppstått i hjärtmuskelnets retledningssystem. De elektriska impulserna som styr hjärtmuskeln hamnar i ett osynkroniserat tillstånd och ger upphov till arytmier, så kallat ventrikeltakykardi/ventrikelflimmer (VT/VF). Arytmierna i sin tur leder till att hjärtat får en mekaniskt nedsatt pumpförmåga och blodcirkulation i kroppen upphör, den drabbade förlorar medvetandet och andningen upphör (Porzer et al., 2017). Vilken typ av arythmi patienten har när hjärt-lungräddningen påbörjas, har visat sig vara avgörande för överlevnadsgraden. VT/VF som initial rytm, är den arythmi som associeras med störst chans till överlevnad 30 dagar efter hjärtstoppet (Strömsöe et al., 2015) och behandlingen går ut på att nollställa de elektriska signalerna i hjärtmuskeln genom en strömstöt, så kallad defibrillering (Lam & Hsu, 2020). Ju fortare defibrilleringen äger rum efter hjärtstoppet, desto större chans för överlevnad har setts rent statistiskt (Strömsöe et al., 2015). Den mest avancerade nivån som utförs på sjukhus samt prehospitalet i ambulansen är A-HLR (HLR-rådet, 2021). A-HLR inkluderar en del tekniska moment som skall utföras av ambulanssjuksköterskan under stark tidspress. Förutom de grundläggande åtgärderna med kompressioner, inblåsningar och defibrillering, tillämpas även administrering av läkemedel och hjälpmedel för att säkra luftväg (Panchal et al., 2019) med målet för att häva arytmier eller starta i gång hjärtats funktion och uppnå return of spontaneous circulation (ROSC) (Ali et al., 2018, Holmberg et al., 2019; Loomba et al., 2015). Utöver standardiserad behandling med A-HLR finns medicinska riktlinjer som stöd för ambulanspersonalen i beslutsfattande över att påbörja, fortsätta eller avsluta HLR (SLL, 2020). Enligt gällande Etiska riktlinjer för Hjärt-lungräddning (Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening och Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2021) skall hjärt-lungräddning (HLR) alltid påbörjas prehospitalet om behandlingen anses ge goda medicinska utsikter och kroppen inte uppvisar så kallade säkra dödstecken. Hos vuxna kan HLR avbrytas på plats utanför sjukhus, eller ej påbörjas vid transport mellan vårdenheter om vissa kriterier uppfylls och aktuell dokumentation finns, där ansvarig läkare har utfärdat ett så kallat ej-HLR beslut.

Patienten som drabbas av hjärtstopp

Under år 2020 rapporterades 5897 hjärtstopp utanför sjukhus in. Hjärtstopp drabbar alla patientgrupper men är vanligast bland den äldre befolkningen. Hos yngre patienter är överdos, självmord, olyckor och hjärtsjukdom de vanligaste orsakerna till hjärtstopp och hos den äldre befolkningen, över 65 år, står hjärt- och lungsjukdomar för majoriteten av alla hjärtstopp (Svenska Hjärt-Lungräddningsregistret, 2021). Vid hjärtstopp ska man enligt de etiska principerna i vården, ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av de medicinska åtgärderna i det enskilda fallet. Ålder, livsstil eller ekonomiska förhållanden ska inte låta behoven hos den enskilda individen stå tillbaka (SFS, 2017:30). Behovs-solidaritetsprincipen är sedan lång tid förankrad i svensk hälso-och sjukvård. Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de svagaste. Hit hör bland annat medvetlösa

och andra som av olika skäl kan ha svårt att kommunicera. Människor som inte kan ta tillvara på sina rättigheter har samma rätt till vård som andra (Prioriteringsdelegationen, 2001).

En stor mängd forskning finns runt faktorer som ökar chansen till patientens överlevnad efter hjärtstopp ur ett medicinskt perspektiv, med fokus på bevarandet av neurologiska funktioner (Dainty et al., 2020) och prognostiska faktorer och förebyggande screeningarbete framför allt hos den yngre delen av befolkningen (Grubic et al., 2020). Desto mindre forskning finns runt den psykologiska aspekten och vad det innebär för patienten att överleva ett prehospitalt hjärtstopp (Dainty et al., 2020). Det finns ett växande intresse för hur patienter som överlevt ett prehospitalt hjärtstopp påverkas i ett längre tidsperspektiv, genom upplevelsen av livskvalitet i form av psykisk ohälsa, kognitiv påverkan samt förmåga till självständiga aktiviteter i det dagliga livet. Att överleva handlar om mer än att läka fysiskt, utan också vilket liv patienten överlever till (Bremer et al., 2009b; Dainty et al., 2020; Green et al., 2015). Allt eftersom medelåldern på befolkningen ökar och medicinska framsteg har möjliggjort att allt fler överlever ett hjärtstopp, kan det också förväntas bli ett ökat antal äldre överlevare av prehospitala hjärtstopp (Jensen et al., 2020). Då allt fler äldre människor med hjälp av samhällsinsatser bor kvar i hemmet, är detta en patientgrupp som ambulanspersonalen stöter på särskilt ofta (Bremer, 2016). Enbart ålder som enskild faktor minskar inte överlevnadsgraden efter utförd HLR, utan graden, typen och antalet kroniska sjukdomar samt tidigare hjärtstopp minskar överlevnaden signifikant (Seahatzade, 2014). Winther-Jensen et al. (2015) studie visar försämrade överlevnadsgrad hos personer över 80 som fått prehospitalt hjärtstopp. Studien visar också att överlevande kan skrivas hem utan större neurologisk påverkan, vilket indikerar att det inte är etiskt försvarbart att avstå HLR med eftervård enbart baserat på ålder. En hög ålder ökar ändå risken för påverkan på kognitiva funktioner, där minne, uthållighet och trötthet försämras över tid efter ett hjärtstopp och gör denna patientgrupp till en riskgrupp i termer av livskvalitet (Jensen et al., 2020).

I den akuta situation som ett prehospitalt hjärtstopp innebär, finns inte alltid tiden att göra flertalet överväganden med patientens bästa i beaktning (Wireklint-Sundström & Dahlberg, 2011). Det innebär att även om ambulanspersonalen förbereder sig mentalt på vägen ut, kan de aldrig veta med säkerhet vad patienten har i sin sjukdomsbakgrund, eller vilka medicinska behandlingar denne står under eller vilka önsksningar patienten själv har. Oftast får ambulanspersonalen förlita sig på information som går att finna i hemmet, samt anhöriga eller annan omvårdnadspersonal på plats och samla in information allt eftersom återupplivningen pågår (Bremer, 2012).

Anhöriga och hjärtstopp

Anhöriga är i detta arbete en benämning på personer som står en patient nära, genom såväl blodsband som familje- och vänskapsrelation. Det ligger i de naturliga omständigheterna runt ett hjärtstopp att patientens förmåga att uttrycka sitt självbestämmande är satt ur spel och anhöriga får kliva in i patientens ställe och föra dennes talan (Bremer & Sandman, 2011). För anhöriga innebär upplevelsen av att plötsligt befinna sig i en hjärtstoppssituation, som en lavinartad anstormning av känslor. Det vanliga och bekanta bryts av en hotande katastrof. Panik, chock, rädsla och överklighetskänslor. Upplevelsen av otillräcklighet, hopp och hopplöshet, etiska överväganden och osäkerhet av vad framtiden kommer att innebära (Bremer et al., 2009a). I största mån skall ett ställningstagande och patientens vilja runt återupplivning respekteras. Om det inte går att rädda patientens liv, ska det vårdande fokuset i stället hamna på anhöriga till patienten (Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening & Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2021).

Anhöriga drabbas inte bara när ett prehospitalt hjärtstopp leder till döden. De påverkas också när en återupplivning lyckas (Dainty, 2020; Grubic et al., 2020; Jensen, 2020; Bremer et al., 2009a). Den efterlevandes och anhöriges livsstil och relationen mellan dem förändras efter ett hjärtstopp, vilket gör det viktigt att tillhandahålla personcentrerad vård som är fokuserat för de individuella behoven hos både överlevande och anhöriga. Anhöriga upplevde skillnader i perspektiv på sin anhörigas tillfrisknande och hur de hanterar rädslan för att det skulle ske igen. Det finns ett tydligt behov av en mer personcentrerad vård för denna grupp, med psykologisk stöttning, återgång till eventuellt arbete och familjeinsatser som nyckelområden (Dainty et al., 2020; Jensen et al., 2020) och en bredare forskning runt långtidsperspektivet på hur överlevare och deras anhöriga påverkas i termer av livskvalitet och påverkan på det dagliga livet (Dainty et al., 2020; Jensen et al., 2020).

Vetskapen om att i stunden vara ensamt ansvarig för någon annans liv innan hjälp kommer är överväldigande och traumatisk. Ambulanspersonalens närvaro signalerar både hopp och förtvivlan och som i sin tur triggar en rad olika känslomässiga reaktioner som behöver bemötas av ambulanspersonalen på ett etiskt och professionellt sätt (Bremer, 2012). Det kan vara svårt att fånga upp information om dödsfallet är förväntat och efterlängtat av patienten, eller om det är plötsligt och ovälkommet. I stället fångas ambulanspersonalen av det faktum att någon annan redan har påbörjat livsuppehållande åtgärder, eller anhörigas önskemål om vård (Bremer, 2012).

Ambulanssjuksköterskans utmaningar vid hjärtstopp

Ambulanssjuksköterskan skall visa förmåga att leda och utvärdera omvårdnadsåtgärder i olika komplicerade situationer och frågeställningar (SLL, 2020). Hjärtstopp är ett typiskt exempel på en tidkritisk situation som kräver snabba beslut och åtgärder, både medicinskt och omvårdnadsmissigt. Vid ett prehospitalt hjärtstopp är ambulanspersonalen oftast den första sjukvårdsinstanten på plats och ju snabbare återupplivningen påbörjas, desto större är chanserna till överlevnad (Dehghan-Nayeri et al., 2021). Variablerna som påverkar en lyckad återupplivning är många och beroende av hindrande och möjliggörande faktorer. Synliga faktorer så som ambulanspersonalens utbildning och utrustning är betydligt mer forskade runt, än de dolda faktorerna. De dolda faktorerna har också en påverkan på ambulanspersonalens prestation och reaktioner och innefattar bland annat vårdmiljö, kultur, socioekonomi och bakomliggande organisation (Dehghan-Nayeri et al., 2021). De medicinska kunskaperna kompletteras av kunskaper inom omvårdnadsfältet och byggs upp efter år av erfarenheter av olika möten med människor i olika situationer (Shields & Flin, 2013). Omvårdnad kan vid tillfällena hamna längre ner på prioriteringslistan hos ambulanssjuksköterskan, än det akutmedicinska omhändertagandet i ambulansen. I Forsell et al.'s (2020) studie redovisas flertalet kategorier som behandlar ambulanssjuksköterskans omvårdnad i ambulansen. Kategorierna handlade om att skapa en vårdande relation, ge professionell omvårdnad som är erfarenhetsbaserad och vetenskaplig, samt att ge omvårdnad till de som man kände inte vara sig förtjänta av det. Vidare framkom åsikter att omvårdnad inte ska försena det akuta omhändertagandet och upplevelsen att omvårdnad inte fick ta plats i arbetet på ambulansen relaterat till branschkultur och ledning.

Den prehospitala vården utspelas under ett kort tidsfönster och ställer med andra ord krav på både medicinsk och omvårdnadsvetenskaplig kunskap hos ambulanssjuksköterskan för att kunna genomföra lämplig vård med patienten i fokus. Ambulanspersonal tvingas i sin yrkesroll att fatta flera utmanande beslut angående hur de bäst ska hantera en situation i

skiftande vårdmiljö. Inte bara ur ett medicinskt perspektiv utan också ur ett omvårdnadsperspektiv, trots ibland liten, eller ingen informationstillgång (Nyström & Herlitz, 2016).

Personcentrerad vård

Den personcentrerade vården innebär att en stor vikt läggs vid att se patienten som en kapabel och värdig person. Genom att fråga, bjuda in och lyssna på patienten (eller dennes företrädare) blir vårdaren medveten om varje individs kunskap om sig själv och vilka motiv och resurser denne innehar. Utgångspunkten är att varje person skall bemötas som en fri och värdig person och innebär att sjuksköterskan skall våga ha ett öppet sinne för att kunna ta in patientens värld och verklighet (Ekman, 2020; Ekman & Norberg, 2013). En humanistisk människosyn är en förutsättning för personcentrerad vård och innebär att se varje unik individ med individuella behov och att förmedla den värdegrunden genom respektfull kommunikation, för att möjliggöra för patientens delaktighet och självbestämmande och ta hänsyn till patientens integritet (Udo, 2020).

Specialistsjuksköterskans roll inom den personcentrerade vården, är att sträva efter att ge bästa möjliga vård utifrån evidensbaserad omvårdnad, på ett organiserat och standardiserat arbetssätt. (Öhrn, 2013). Ambulanssjuksköterskan som specialist skall dessutom tillämpa en personcentrerad omvårdnad prehospitalt, även i akuta situationer med bristfällig information. Det innebär förmåga att kunna tolka den omgivande vårdmiljön och identifiera vad aktuell situation innebär för patienten och utifrån det planera, genomföra och utvärdera bedömningar och interventioner. Detta kan ske i samverkan med patienten och där det är önskvärt/nödvändigt i samråd med närstående, för att skapa förutsättningar för delaktighet i beslut om den egna vården och där genom kunna motivera omvårdnaden utifrån fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov (RAS, 2021). Rantala et al. (2019) beskriver att ambulanssjuksköterskan kan uppleva personcentrerad omvårdnad som möjlig att implementera eller inte i sitt arbete. Personcentrerad omvårdnad ansågs ge stöd till att inleda en vårdande relation för att uppmuntra patienten att delta i sin egen vård och att vara en partner i beslutsprocessen, samtidigt som det inte påverkade standardbedömningen eller den medicinska behandlingen prehospitalt. Sammantaget fann deltagarna att personcentrerad omvårdnad representerade en förändring från att se den vårdbehövande individen som en patient till att se denne som en person. Omvårdnad i det akuta tillståndet är ibland svårt att tillämpa då arbetet måste ske i snabb takt och detta kan medföra att det personcentrerade synsättet riskerar att hamna i skymundan inom ambulanssjukvården (Sjölin et al., 2014).

Etik inom ambulanssjukvården

I Kompetensbeskrivningen för Ambulanssjuksköterskor (RAS, 2020) står att "Ett etiskt förhållningssätt förutsätter ett personligt ansvar och förmåga att kunna åsidosätta ett slentrianmässigt omhändertagande." samt att ambulanssjuksköterskan skall "identifiera symtom och tecken på ohälsa utifrån patientens berättelse, främja välbefinnande samt förebygga lidande och utsatthet i plötsligt förändrade livssituationer". Ordet etik härstammar från två besläktade grekiska ord; éthos betyder vana, sedvänja, oskriven lag och éthos betyder ståndpunkt, inställning, sinnelag. Etisk teori har sin förankring i filosofin och har som huvudfokus att belysa ideal av vad som bör göras eller vad som är rätt och hur det kan realiseras på bästa sätt. Under den etiska teorin ryms vårdetik och vårdetikens grundprinciper beskrivs i Svensk Sjuksköterskeförenings värdegrund för omvårdnad (SSF, 2016) som är ett komplement till den Etiska koden för sjuksköterskor (SSF, 2017). Principerna innefattar autonomi, trygghet, integritet och delaktighet. Det vill säga sjuksköterskan skall inom ramen

för sin profession ha respekt för det sårbara, värdighet, integritet och självbestämmande och förmedla tillit, hopp och mening. Enligt SFS (2017:30) ska en god hälsa och en vård ges på lika villkor för hela befolkningen och att rädda människors liv när detta är hotat. I SOFS (2011:7) framkommer det att vården skall "så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt" när det inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att ge livsuppehållande behandling. Samtidigt är uppfattningen om vad som är hälsa, livskvalitet och ett fullvärdigt liv reserverat för var och en som individ och patient. Inom ambulanssjukvården uppstår ofta samma typer av etiska problem och utmaningar som i andra vårdformer. Däremot kan specifika etiska problem aktualiseras på grund av den specifika vårdmiljön. Vårdmiljön är starkt skiftande, från påfrestande utomhusklimat till patientens trygga sfär i hemmet. Det finns en begränsad tid för att fastställa patientens problem och samtidigt prioritera mellan medicinska och omvårdnadsmässiga måsten, ibland med begränsad information och där ibland utomstående värderar och ifrågasätter ambulanspersonalens insatser (Sandman och Bremer, 2016).

Etiska dilemman

Patienten upplever en känsla av delaktighet när ambulanssjuksköterskan ser till individens hela livssituation och förklarar för patienten vad som sker (Ahl & Nyström, 2012). Autonomi är en väletablerad etisk och juridisk princip inom vården och enligt Patientlagen 2014:821 ska vård genomföras i samråd med patienten. Patienten måste därav respekteras om de i samråd med sin läkare tackar nej till behandling eller åtgärder på grund av svår sjukdom eller att de ej förväntas att överleva eller att leva ett gott liv efter behandlingen (SFS 2019:964). Beslutet huruvida till exempel hjärt- och lungräddning ska startas eller inte kan då skapa etiska dilemman på grund av de etiska konflikter som uppstår mellan vårdpersonalen och anhöriga vid hjärtstopp (Sandman & Nordmark, 2006). Sjuksköterskan förväntas arbeta utifrån den etiska koden i sin profession, men också att vara medveten om sin egen integritet och etiska och moraliska övertygelse. Etiska dilemman uppstår frekvent i vården och mötet med patienten och definieras av att behöva välja mellan två oönskade alternativ eller två inbördes lika viktiga prioriteringar (Haahr et al., 2020). Besluten påverkas av kringliggande faktorer med målet att göra det bästa för patienten, utifrån de vårdetikens grundprinciper. Rainer et al. (2018) finner i sin systematiska litteraturoversikt att etiska dilemman för sjuksköterskor främst uppstår i relation till livets slutskede, konflikter med läkare och anhöriga, patientintegritet och organisatoriska hinder. Trots en utbredd medvetenhet om de etiska dilemman som ständigt uppstår i sjuksköterskans arbete, saknas vägledande litteratur som kan hjälpa sjuksköterskan att fatta beslut när situationen kräver (Rainer et al., 2018). Pressen på sjuksköterskan att arbeta med snäva tidsramar och tung arbetsbörda bidrar till utbrändhet och en etisk okänslighet, vilket i sin tur riskerar att påverka vårdmötet då det inte finns ork att ta in patientens livsvärldsperspektiv (Haahr et al., 2020). Coping är en term inom psykologisk stressforskning. Den beskrevs som ett fenomen av att hantera krav och påfrestningar i psykiskt påfrestande situationer med mentala strategier (Lazarus & Folkman, 1984). Dess motsats, Compassion Fatigue (CF), myntades 1992 av sjuksköterskan Carla Joinston (Joinston, 1992) och översätts som empatitrötthet enligt Svensk mesh. Det är ett begrepp som knyter an till känslomässig stress och utmattning genom upprepad exponering för traumatiserade individer. Empatitrötthet kan uppstå som en smygande och omedveten process och kan göra att individen utvecklar en minskad förmåga att känna empati och energi att hjälpa den hjälpsökande, vilket äventyrar patientens rätt till en god och jämlik vård (Benkhe et al., 2019; Gerge, 2011). CF har visat sig vara vanligt förekommande hos ambulanspersonal och bör tas på allvar (Cocker & Joss, 2016; Renkiewicz & Hubble, 2021).

TEORETISK UTGÅNGSPUNKT

Beskrivningarna av de etiska dilemman som framkommer i resultatet och hur de påverkar ambulanspersonalens förmåga att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt vid prehospitala hjärtstopp, kommer att diskuteras utifrån omvårdnadsteoretikern Jean Watsons Teori för mänsklig omsorg (eng. Theory of Human Care) (Watson, 2012). Teorin lägger stor vikt vid det etiska och moraliska som vägledning i vårdsituationen, där omsorgen om patienten och vårdarens egenomsorg måste få en lika stor del som de medicinsk-tekniska uppgifterna, vilket alla är viktiga delar av en prehospital återupplivningssituation enligt A-HLR algoritmen. Watsons teori presenterades för första gången 1979 och har utvecklats i omgångar till Teorin för mänsklig omsorg (Watson, 2012). Omvårdnad sträcker sig utanför vårdsituationen och Watson menar på, att genom att utveckla omsorg och kärlek och sprida den till våra medmänniskor, bidrar vi inte bara till en bättre vård, utan också en bättre värld. Omsorgen om andra är de etiska och moraliska ideal som leder sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete med avsikt att bevara det mänskliga. Teorin vilar på en vetenskaplig grund även om teorin i sig är förankrad i filosofin. Omvårdnaden är ett ömsesidigt, transpersonellt samspel som inte bara lindrar lidande och återupprättar hälsa. Omvårdnaden sker i en relation mellan patient och sjuksköterska där båda påverkas och det finns paralleller mellan att vårda sig själv och andra. De vårdande ögonblicken blir ett uttryck för interaktionen mellan två eller flera människor. Förmågan till egenomsorg är grundläggande för engagemang i vårdande relationer och att kunna visa medlidande och medkänsla och skapa en vårdande miljö. Utförandet av medicinskt-tekniska uppgifter måste ske med en genuint vårdande hållning (Watson, 2012). Kombinationerna av dessa interventioner utmynnar i Watsons 10 caritasprocesser som här sammanfattas utefter Wiklund-Gustin & Lindwalls (2012) beskrivning översatt till svenska. 1. Utveckla en kärleksfull välvilja. 2. Vara autentiskt närvarande. 3. Utveckla sitt eget andliga liv och transpersonella själv. 4. Utveckla och bevara relationer. 5. Att ge utrymme för positiva och negativa känslor. 6. Kreativ, problemlösande omsorgsprocess. 7. Engagera sig i genuina undervisnings- och inläringserfarenheter. 8. Skapa en helande miljö på alla nivåer. 9. Tillgodose mänskliga behov med vördnad och respekt. 10. Var öppen och uppmärksam för det andliga, gåtfulla och okända i förhållande till livet och döden.

PROBLEMFORMULERING

Vid ett prehospitalt hjärtstopp är patientens förmåga att uttrycka sig satt ur spel och tillgången på information om patientens önskemål och bakomliggande fysiologiska faktorer är begränsad. Detta skiljer sig mot ett intrahospitalt hjärtstopp, där det oftast finns uppgifter dokumenterade om patientens medicinska historia, önskemål och beslut om eventuella behandlingsbegränsningar. Ambulanssjuksköterskan skall i omvårdnadsprocessen arbeta på ett evidensbaserat och vetenskapligt sätt och står vid det prehospitala hjärtstoppet inför utmaningen att under stark tidspress försöka rädda patientens liv genom medicinska åtgärder och samtidigt fatta beslut som ur ett personcentrerat perspektiv innefattar respekt för patientens autonomi, integritet, trygghet och delaktighet. Perspektivet inkluderar även anhöriga, som får kliva in i patientens ställe för att förmedla behov och önskemål. Att synliggöra vilka etiska dilemman som kan uppstå hos ambulanspersonalen i en prehospital återupplivningssituation, kan leda till att ambulanssjuksköterskan utvecklar sin kompetens och förståelse i vårdmötet. På så sätt kan ambulanssjuksköterskan verka och leda arbetet på

ett sådan sätt, att ambulanspersonalen som team inte skapar eller förlänger onödigt lidande för patienter och anhöriga i en svår och omvälvande livssituation.

SYFTE

Att beskriva etiska dilemman som kan uppstå vid prehospitala hjärtstopp hos vuxna.

METOD

Design

En allmän litteraturöversikt med systematisk metod valdes för att besvara syftet. Den allmänna litteraturöversikten med en systematisk metod användes för att översiktligt skapa en sammanfattning av förekommande kunskapsluckor, vilket i sin följd kan leda till nya insikter och där nya problemformuleringar kan belysas för framtida forskning (Polit och Beck, 2021). Med en litteraturöversikt skapas en strukturerad översikt över aktuell forskning på det valda området (Friberg, 2017) och den allmänna litteraturstudien är inte lika omfattande som en systematisk litteraturöversikt, där all existerande litteratur på området skall ingå i översikten (Polit & Beck, 2021). I litteraturstudier görs ett systematiskt arbete, med systematisk redovisning av alla steg i processen. I och med sammanställningen av data kan det framkomma kunskap som leder till nya infallsvinklar och ny kunskap, men kan också visa på kunskapsluckor där det behövs ytterligare forskning på området. Studien skall utgå från en tydligt formulerad frågeställning, gå att reproducera och verifiera i sitt utförande (Polit & Beck, 2021; Friberg, 2017).

Urval

Kriterierna har betydelse för att få fram artiklar som kan bidra med relevant data som svarar på studiens syfte (Friberg, 2017). Sökandet av artiklar påbörjades brett utan begränsningar för att skapa en uppfattning om det hur mycket forskning det fanns på området. Detta indikerade att tillräckligt med relevanta artiklar som kunde svara på syftet. Inklusionskriterierna innefattade vetenskapliga originalartiklar av kvalitativ design, skrivna på engelska, peer-review, med etiskt godkännande och tillgängliga i fulltext via Sophiahemmets Högskola. Artiklarna skulle omfatta vuxna över 18 år, ambulanspersonal och prehospital miljö och vara publicerade mellan 2011 - 2021. Manuell sökning utfördes utöver för att ge fler artiklar till resultatet. Exklusionskriterier innefattade kvantitativa artiklar, dubletter från tidigare sökningar, barn, intrahospital vård, och läkare. Sökning av artiklar skedde individuellt och granskningen av sökträffarna gjordes först på varsitt håll och sedan tillsammans, för att på så vis inte missa artiklar som svarade mot syftet.

Datainsamling

PIO-modellen användes som sökstrategi för att avgränsa, strukturera och specificera och komma fram till lämpliga sökord. Delkomponenterna i modellen består av P=population (ambulanspersonal), I=Intervention, influence or exposure (etiska dilemman) och O=outcome (Beskrivningar) (Polit & Beck, 2021) (Tabell 1).

Tabell 1.

Strukturering enligt PIO.

Population	Ambulanspersonal
------------	------------------

Intervention/Exposure	Etiskt dilemma
Outcome	Ambulanspersonalens beskrivningar

I nästa steg identifierades, med hjälp av Högskolans bibliotekarier, sökord och synonymer till delkomponenterna genom Medical Subject Headings (MeSH-termer), för att sedan identifiera sökord på engelska. En MeSH-term är ett begrepp och nyckelord för ett område med syftet att indexera artiklar i databaser och underlätta artikelsökning och ge ett mer specifikt sökresultat. I Public/publisher MEDLINE (PubMed) kallas dessa sökord för MesH-term och i Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) för subject heading (Polit & Beck, 2021). Sökning efter vetenskapliga artiklar skedde i databaserna PubMed som anses vara mer medicinskt orienterad men samtidigt innefattar många artiklar som är omvårdnadsorienterade och CINAHL som är en databas med främst omvårdnadsorienterade artiklar (Polit & Beck, 2021).

Sökningarna började med MeSH-termerna *ambulance nurse, EMT, paramedics, ethically, decision making/ethics, CPR, ambulances, prehospital, resuscitation, heart Arrest, cardiac arrest, cardio-pulmonary resuscitation, EMS, attitude, conflict*. Vid fynd av relevanta sökord och artiklar kunde sedan flertalet sökord väljas via artiklar som hade MesH-termer i PubMed och CINAHL- subject heading I CINAHL. Detta kunde på sådant vis generera fler sökord för att bredda sökningen efter relevanta artiklar, då eventuellt inte alla artiklar alltid hunnit få MesH-termer eller subject heading i ett tidigt skede efter publicering. MesH/subject heading-termerna kombinerades med så kallad booleska operationer som AND och OR, i sökblock för bättre och bredare resultat, där AND avgränsar sökningen och OR breddar sökningen. Sökorden kombinerades med varandra i sökangångar och sökangångarna användes sedan i blocksökningar. Sökorden benämndes även olika i de de två databaserna. Sökningar och urval redovisas i (Bilaga C).

Om titeln verkade överensstämma med denna studies syfte lästes abstractet. Vid läsning av abstract kontrollerades om artikeln uppfyllde inklusionskriterierna. Om den uppfyllde kriterierna lästes artikeln i sin helhet. Totalt inkluderades 15 artiklar. De artiklar som inkluderades i analysen markerades med en asterisk (*) i referenslistan. Totalt 17 artiklar exkluderades efter att ha läst abstrakt, då de visade sig inte svara till syftet eller uppfyllde ett eller fler exklusionskriterier.

Bilaga C Sökord

Sökord, Pubmed och Cinahl

Databas	Sökord	Antal Artiklar	Granskade abstracts	Urval 1 läsning av metod och resultat	Urval 2, valda artiklar
PubMed #1	resuscitation[MeSH Terms]) OR (heart arrest[MeSH Terms] OR cardiac arrest[Title/Abstract] OR (cardio-pulmonary resuscitation[Title/Abstract] AND ambulances[MeSH Terms]OR (ambulance)) OR prehospital[Title/Abstract] AND ethics[Title/Abstract] OR ethically[Title/Abstract] OR decision making/ethics[MeSH Terms]	40	9	6	2

PubMed #2	"resuscitation"[MeSH Terms] OR "heart arrest"[MeSH Terms] OR "cardiac arrest"[Title/Abstract] OR "cardio pulmonary resuscitation"[Title/Abstract] AND ("ambulances"[MeSH Terms] OR ("ambulance s"[All Fields] OR "ambulances"[MeSH Terms] OR "ambulances"[All Fields] OR "ambulance"[All Fields]) OR "prehospital"[Title/Abstract] AND ((attitude[MeSH Terms]) OR attitude[Title/Abstract])	55	10	4	2
PubMed #3	ambulances[MeSH Terms] OR cardiac arrest, out of hospital[MeSH Terms] OR (cardiac arrests, out of hospital[MeSH Terms] OR (ambulance[Title/Abstract] OR (prehospital[Title/Abstract] AND cardiopulmonary arrest[MeSH Terms]) OR cpr[Title/Abstract])) OR cardio-pulmonary resuscitation[Title/Abstract] OR cardiopulmonary resuscitation[MeSH Terms] AND ethics[Title/Abstract] OR ethically[Title/Abstract] OR (decision making/ethics[MeSH Terms] OR (attitude of health personnel[MeSH Terms] OR (attitude[MeSH Terms] OR attitude[Title/Abstract])	192	37	5	1
PubMed #4	Ethics*[MeSH Terms] OR (Emergency Medical Technicians / psychology*[MeSH Terms] AND (Resuscitation Orders / psychology*[MeSH Terms] AND (Conflict, Psychological*[MeSH Terms]	14	1	1	1
PubMed #5	Decision Making / ethics[MeSH Terms] OR Ethics, Medical*[MeSH Terms] AND Emergency Medical Services / ethics*[MeSH Terms] AND ambulance[MeSH Terms] OR heart arrest, out of hospital[MeSH] OR (cardiac arrest, out of hospital[MeSH Terms]	189	25	2	1
PubMed #6	"resuscitation"[MeSH Terms] OR "heart arrest"[MeSH Terms] OR "cardiac arrest"[Title/Abstract] OR "cardio pulmonary resuscitation"[Title/Abstract] AND ("ambulances"[MeSH Terms] OR ("ambulance "[All Fields] OR "ambulances"[MeSH Terms] OR "prehospital"[Title/Abstract]) AND attitude[MeSH Terms] OR attitude[Title/Abstract]	55	4	3	1
Pubmed Manuell sökning #7	"Attitude of Health Personnel"[MAJR] AND "Emergency Medical Technicians/psychology"[MAJR] AND "Qualitative Research"[MeSH] AND "Cardiopulmonary Resuscitation/psychology"[MAJR]	1	1	1	1

Databas	Sökord	Antal Artiklar	Granskade abstracts	Urval 1 läsning av metod och resultat	Urval 2, valda artiklar
Cinahl #1	(MH "Attitude+") AND (MH "Resuscitation, Cardiopulmonary+") OR "CPR" AND (MH "Prehospital Care") OR (MH "Emergency Medical Services+") OR "paramedic" OR out of hospital AND (MH "Ethics+") OR "Ethics"	15	5	3	2
Cinahl #2	(MH "Attitude+") OR "attitude" OR (MH "Ethics+") OR "Ethics" AND (MH "Resuscitation, Cardiopulmonary+") OR "CPR" AND (MH "Prehospital Care") OR (MH "Emergency Medical Services+") OR "paramedic" OR out of hospital	76	8	6	3

Cinahl #3	MH "decision Making, Ethical" OR MH "Ethics+" OR TI ethically OR AB ethically AND MH "Emergency Medical Services+" OR MH "Prehospital Care" OR TI out of hospital OR AB out of hospital OR TI paramedic AND MH "Heart arrest+" OR (MH "Resuscitation, Cardiopulmonary+" OR TI Cardiac arrest OR AB Cardiac arrest OR TI Cardiopulmonary Resuscitation OR AB Cardiopulmonary Resuscitation OR TI CPR OR AB CPR OR TI Hear arrest OR AB Heart arrest	36	8	2	1
----------------------	--	-----------	----------	----------	----------

Dataanalys

Data har analyserats med hjälp av en integrerad analys. Utförandet bistår med att sammanställa resultatet i en litteraturstudie, vilket gör det möjligt att resultat av artiklarna går att ställas i relation till varandra. Detta bidrar till att resultatet kan presenteras på ett överskådligt sätt (Kristensson, 2014). I steg ett av den integrerade analysen lästes artiklarna som till slut fick ingå i resultatet. Analysen utfördes för att finna övergripande likheter och skillnader. I steg två identifierades olika kategorier som sammanfattar resultatet av artiklarna i relation till varandra. I det sista och tredje och sista steget sammanställdes de olika resultaten till sex underkategorier som sedan skapade tre huvudkategorier och till sist ett övergripande tema.

De utvalda artiklarna lästes först upprepade gånger av båda författarna enskilt för att få en fördjupad känsla för materialet som har samlats in. Att läsa samtliga artiklar flertalet gånger bidrar till en fördjupad bild av deltagarnas perspektiv och en ökad medveten om deras livsvärld (Bettany-Saltikov, McSherry 2016). Artiklarna lästes sedan gemensamt för att diskutera innehållet och om de besvarade syftet. Därefter sammanfattades artiklarna och fördes in i en översiktlig artikelmatris (Bilaga B).

Kvalitetsgranskningen och klassificeringen av de artiklar som svarade till syftet av studien, gjordes utifrån Sophiahemmetts högskolas bedömningsunderlag (Bilaga A), modifierat utifrån Cardwell et al. (2011). Artiklarna lästes igenom, granskades och poängsattes först enskilt av varje författare. Vid skillnader av granskningarna har författarna reflekterat gemensamt tills konsensus har nåtts. Varje enskild artikel har således systematiskt kvalitetsgranskas och bedömts svara på syftet och att de även passade inklusions -och exklusionskriterier till studien för att öka resultatets tillförlitlighet (Polit och Beck (2021). För att inkluderas skulle artiklarna hålla minst god kvalitet (20 – 28 poäng) eller mycket god kvalitet (29 – 36 poäng) för att öka arbetets tillförlitlighet. Underlaget kan appliceras på kvalitativa såväl kvalitativa studier som kvantitativa studier (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Förförståelse finns inom ämnet hos författarna och den har medvetandegjorts och tagits i beaktan, för att öka trovärdigheten av arbetet (Kristensson, 2014). Vidare finns det ytterligare etiska regler inom forskning som behöver lyftas och tas hänsyn till (Vetenskapsrådet, 2017; Kristensson, 2014). Helsingforsdeklarationen är ett grundläggande styrdokument som behandlar forskningsetik och hur deltagarna i en studie skall behandlas, där omsorg för individen alltid går före samhällets och vetenskapens intressen (World Medical Association [WMA], 2018). Det finns tre principer inom forskningsetik: att göra gott, rättvisepincipen och respekt. Att göra gott menas att deltagaren i studien inte ska utsättas för onödiga risker

eller komma till skada. Deltagande ska vara viktigt i avseendet att få fram ny forskning, som annars inte hade kunnat uppnås. Att visa respekt innebär att varje deltagare har rätt till självbestämmande med frivilligt deltagande under informerat samtycke som när som helst kan tas tillbaka utan repressalier och där informationen anpassats efter deltagaren. Rättvisprincipen innebär att skydda patienter som är särskilt utsatta samt skydda deltagarens identitet genom anonymisering i forskningsmaterialet. (Polit & Beck, 2012). Denna studie är en litteraturoversikt på avancerad nivå i omvårdnad och kräver inte tillstånd från en etisk kommitté, men ett etiskt förhållningssätt enligt Helsinforsdeklarationen (WMA, 2018) skall ändå tillämpas med ett forskningsetiskt resonemang vid den kritiska granskningen av valda artiklar. Vidare skall god forskningssed bedrivas genom att vara ärlig och öppen runt sin studie genom att redovisa sina metoder och resultat. Av de 15 inkluderade artiklarna hade samtliga godkännande från etisk kommitté eller förde ett tydligt etiskt resonemang. I detta arbete har det inte skett någon plagiering, förfalskning eller fabricering av data (Vetenskapsrådet, 2017). Innehållet som redovisas i forskningen, bland annat metoden, resultatet och referenshanteringen, ansvaras av författaren själv. Kunskap som ska framställas och genereras skall vara väl motiverad och ha vetenskaplig hållbarhet (Vetenskapsrådet, 2017).

RESULTAT

Syftet var att beskriva etiska dilemman som kan uppstå hos ambulanssjuksköterskan vid prehospitalt hjärtstopp på vuxna. Resultatets övergripande Tema, Kategorier och Underkategorier redovisas enligt tabell 2.

Tabell 2

TEMA	KATEGORI	UNDERKATEGORI
Att göra det rätta	Att bära ett stort ansvar i en allvarlig situation	Etiska dilemman i relation personliga egenskaper och erfarenheter
		Etiska dilemman i relation till kollegor och andra professioner
	När livet tar slut	Etiska dilemman runt bevarande av patientens värdighet och integritet
		Etiska dilemman runt att fatta beslut för patienten
	Att orka för allas skull	Etiska dilemman runt anhörigas delaktighet
		Etiska dilemman runt omsorg och stöd till anhöriga

Att göra det rätta

Det övergripande temat som kom fram i analysen visar en mångfacetterad vilja att göra det rätta för alla inblandande och att ta ansvar för sina beslut i svåra och komplexa situationer.

När en återupplivning misslyckats finns en ändå en strävan att respektera patientens utsatthet och att visa omsorg och stöd för anhöriga.

Att bära ett stort ansvar i en allvarlig situation.

Etiska dilemman i relation till personliga egenskaper och erfarenheter

Utförande av HLR upplevdes vara bland de svåraste arbetsuppgifterna i ambulansarbetet, med emotionella utmaningar och flertalet svåra beslut och avvägningar. Första gången beskrevs med tvivel eller begränsad förståelse (Anderson et al., 2017), följt av en känsla av att aldrig riktigt bli helt bekant med situationen när någon får hjärtstopp (Larsson & Engström, 2013). Upplevelser av etiska dilemman kunde relateras till brist på personlig och professionell kunskap och erfarenhet, ovisshet om situation och påtryckningar från anhöriga (Nordby & Nøhr, 2012) och brist på erfarenhet ökade känslan av otillräcklighet och minskade säkerheten i beslut att avsluta HLR (Bremer et al., 2012; Anderson et al., 2017; Anderson et al., 2019).

Vikten av att förbereda sig i ambulansen på vägen ut upplevdes som stor för att inte känna sig sårbar genom att bli överrumplad eller riskera att inte kunna fatta rätt beslut (Larsson & Engström, 2013). Vid bristfällig eller motsägelsefull information, påbörjades HLR för att samtidigt försöka samla mer korrekt information (Anderson et al., 2018), men verkligheten motsvarade sällan vad de förberett sig för och detta skapade en initial osäkerhet hos ambulanspersonalen (Larsson & Engström, 2013). Ofullständig bakgrundsinformation eller en kombination av bra och dåliga prognostiska faktorer skapade gråzoner och upplevelser av etiska dilemman och frustration, där det var svårt att fokusera på själva återupplivningen (Anderson et al., 2017; Nordby & Nøhr, 2012).

Det ansågs vara god omvårdnad och professionalism att kunna balansera mellan att identifiera risker och möjligheter, ta etiska beslut under tidspress och ändå tillåta sig att känna och visa känslor, se behov och känslor, känna empati och sorg, men ändå ingjuta lugn, trygghet och se anhörigas behov och frågor, trots sina egna känslor av otillräcklighet och sorg (Anderson et al., 2017; Bremer et al., 2012; Charlton et al., 2019). Dödsfall ansågs vara en del av jobbet och ibland skedde misslyckade återupplivningsförsök som skapade upplevelser av skuld, misslyckande och svek (Charlton et al., 2019; Anderson et al., 2019). Etiska dilemma beskrevs genom upplevelser av att vara fånge mellan patientens bästa, familjens önskemål, att inte kunna rädda ett liv eller ge adekvat omsorg till familjen (Bremer et al., 2012).

Moral och uppfattningen av vad som är rätt och fel var representativt för hur individerna såg på sig själva, sitt arbete i ambulansen, deras identitet och upplevelse av omvärlden (Charlton et al., 2019). Etiska dilemman blev särskilt uppenbara i situationer präglade av konflikter mellan vad som upplevdes som etiskt riktigt enligt sin personliga övertygelse, professionella förväntningar, systemets riktlinjer och interna press att rädda liv och att kunna ta etiskt korrekta beslut men också att kunna rättfärdiga och motivera dem (Karlsson et al., 2019; Nordby & Nøhr, 2012).

Ambulanspersonalen upplevde frekventa möten av fall i gråzonen för vad som uppfattades som etiskt riktigt och en personlig och professionell önskan att göra det rätta, där brist på tydliga lagar och riktlinjer skapade rädsla för konsekvenser och negativa känslor som påverkade personalen (Davey et al., 2016; Karlsson et al., 2019; Nordby & Nøhr, 2012; Torabi et al., 2018). Utsiktslös HLR kunde påbörjas för att inte hamna i trubbel, eller för att

göra ett gott intryck för människor runt omkring patienten och detta kunde upplevas problematiskt eftersom interventionen utfördes på grund av rädsla eller att inte tappa ansiktet (Larsson & Engström, 2013). Det kunde anses vara etiskt korrekt att inte återuppliva en patient med kort förväntad överlevnad och allvarliga negativa följder av ohälsa och låg livskvalitet, ändå beskrevs fall av påbörjade återupplivningsförsök av rädsla för konsekvenser och rättsliga efterspel efteråt (Brandling et al., 2017; Nordby & Nøhr, 2012). Det etiska dilemmat grundades då i ambulanspersonalen inte kände att de agerade för patientens bästa i situationen, utan i stället oroade sig för eventuella bestraffningar. (Davey et al., 2016; Norby et al., 2012).

Etiska dilemman i relation till kollegor och andra professioner

Att åka ut på HLR-uppdrag beskrevs som livsomvälvande (Waldrop et al., 2015) och kollegor kunde inleda en osystematiskt, spontan strategi för att hantera upplevda negativa känslor vid dödsfall eller traumatiska situationer (Fernández-Aedo et al., 2016). Det ansågs vara av vikt fråga sig själv, sina kollegor och konsultera medicinsk bakjour för att försäkra sig om att de gjort allt de kunnat (Anderson et al., 2018) och försöka reflektera och värdera sitt arbete kollegor emellan. Det ansågs finnas fördelar att kunna prata igenom mer utmanande dödsfall, både för känslomässig bearbetning och för professionell utveckling och erfarenhet för att ge verktyg till att i framtiden hantera olika etiska dilemman (Anderson et al., 2019; Bremer et al., 2012; Fernández-Aedo et al., 2016; Larsson & Engström, 2013). Vissa starka känslomässiga intryck väckte frågor svåra att lösa och resonera kring (Charlton et al., 2019). Den största faktorn som underlättade beslut vid etiska dilemman var relaterade till personlig erfarenhet som utvecklades klinisk exponering och i samarbete med erfarna kollegor och att lära sig av dem (Anderson et al., 2019; Torabi et al., 2018) och det uppmärksammades att exponeras för upprepad personlig och professionell stress över tid kunde skapa sårbarhet och känslomässig stress (Anderson et al., 2019).

Olika personliga värderingar kunde orsaka konflikter mellan kollegor, huruvida det var lämpligt att påbörja, fortsätta eller avsluta HLR och kunde också skapa lojalitetsproblem på sikt (Anderson et al., 2017). I situationer där det inte var självklart vad som var det bästa att göra, kunde ett läkarbeslut och direkta instruktioner från högre medicinsk kompetens vara nödvändigt (Brandling et al., 2017). Men även det kunde ibland upplevas som otillräckligt för att hitta en bra lösning och upplevelsen av etiska dilemman dröjde sig kvar och det var viktigt att forma sina egna etiska övertygelser (Nordby & Nøhr, 2012). Utebliven guidning av läkare kunde lämna personalen själva att hantera situationen vilket skapade en osäkerhet och etiska dilemman uppstod som annars kunnat avväjas med kollegialt stöd (Nordby & Nøhr, 2012). Friktion mellan ambulanspersonal och akutläkare kunde upplevas ur perspektivet hur resurser används på patienter med dålig prognos och frustration upplevdes över att behöva ödsla tid och resurser på utsiktslös återupplivning när hjälpen behövdes bättre på annat håll. Detta skapade etiska dilemman hos ambulanspersonalen, eftersom de upplevde sig vara mer behövda på en annan plats än den aktuella (Grundzen et al., 2009).

När livet tar slut

Etiska dilemman runt bevarande av patientens värdighet och integritet

Att inte förstå kulturen och sederna vid uppdragsområdet för att kunna anpassa sitt arbete och förhållningssätt till patienten, kunde resultera i konflikter med anhöriga och skapa upplevelser av skam, att göra skada eller brista i respekt, vilket ansågs vara ett avbrott i patient-vårdarrelationen (Charlton et al., 2019; Torabi et al., 2018). Etiska dilemman kunde uppstå när beslutsprocessen behövde utformas efter respekt till patienten och dess anhöriga

och att tillgodose deras behov så länge det inte orsakade en försämring i patientens hälsa eller innebar lagliga konsekvenser (Torabi et al., 2018). Ett beslut taget ur ett etiskt perspektiv med respekt för patientens värdighet upplevdes ibland krocka med riktlinjerna (Karlsson et al., 2019) och beslut balanserades mellan empati för personens önskningar i livets slutskede och den upplevda risken för rättsliga och disciplinära åtgärder (Brandling et al., 2017).

I offentlig miljö uppstod ibland svårigheter att skapa ett vårdutrymme för att bevara patientens värdighet och integritet. Av respekt till patienten ansågs det viktigt att skyla denne, att be åskådare lämna platsen eller skapa en fysisk barriär för skyddad insyn så att patientens integritet bevarades (Torabi et al., 2018) och (Karlsson et al., 2019). Begränsningar i omgivande miljö upplevdes kunna påverka chansen till en lyckad återupplivning och etiska dilemman kunde uppstå när beslut behövde tas som ett led att göra situationen värdig för den döde (Larsson & Engström, 2013).

Etiska dilemman runt att fatta beslut för patienten

Att påbörja eller avsluta återupplivning måste grundas på rätt information och åtgärder krävde mer säker underbyggnad än en personlig övertygelse (Anderson et al., 2018; Nordby & Nøhr, 2012). Att följa patientens lagstadgade önskan om återupplivning eller ej och ansågs vara att ha patientens bästa för ögonen utifrån fakta och inte handla utifrån känslor och personliga åsikter (Charlton et al., 2019; Davey et al., 2016; Milling et al., 2021). I de fallen det fanns bristfällig information om patientens vilja var personalen juridiskt bundna att starta återupplivningen även om anhöriga uppgav verbalt att patienten inte vill återupplivas (Nordby & Nøhr, 2012; Waldrop et al., 2015). Detta skapade etiska dilemman då det fanns motvillighet till att påbörja en utsiktslös återupplivning av en patient med oacceptabel livskvalitet till följd för patienten eller anhöriga (Anderson et al., 2017; Larsson & Engström, 2013; Milling et al., 2021; Nordby & Nøhr, 2012). Ett dokumenterat EJ-HLR beslut ansågs vara en tydlig kommunikation om en patients önskemål, även om patienten själv saknade kapacitet att ge svar. Anhöriga uttryckte ibland en annan åsikt och önskan än patientens angående återupplivning och det upplevdes skapa etiska dilemman i det ibland var svårt att efterfölja ett beslut om EJ-HLR (Karlsson et al., 2019; Waldrop et al., 2015; Brandling et al., 2017).

Åldern på patienten påverkade ambulanspersonalens agerande, delvis för att äldre människor är skörare och är därför svårare att utföra HLR på (Brandling et al. 2017; Larsson & Engström, 2013) och för att en yngre persons död ansågs annorlunda än en äldre, mer orättvis. Hjärtstopp hos yngre människor triggade mer känslor både hos åskådare och personal (Anderson et al., 2017) och en ung persons död ansågs vara mer betydande och önskvärt att undvika och utfallet av återupplivningen sågs som mer betydelsefullt (Charlton et al., 2019). Ålder ansågs fortfarande vara en faktor som skapade etiska dilemman om återupplivning skulle påbörjas, även om personen var i ett uppenbart palliativ skede av sitt liv och ett beslut om HLR ej stod att finna (Brandling et al., 2017).

Närvaron av åskådare ansågs vara en anledning att ibland påbörja HLR på plats, trots tveksamhet om det ansågs vara att agera etiskt korrekt. Syftet var att tydligt signalera att inte ge upp i förhand och en demonstration för åskådarna i viljan att göra gott, dock på eventuell bekostnad av vad som egentligen ansågs vara etiskt rätt för patienten (Brandling et al., 2017). Lämplighet att avsluta ett återupplivningsförsök ansågs ibland bero på om man befann sig på en säker plats och i ett värdigt vådrum, om polis var önskvärt på plats och om familj och åskådare upplevdes vara förberedda på ett avslut (Anderson et al., 2018). Ett beslut att fullfölja eller att avsluta HLR kunde vara ett resultat av verbalt eller psykiskt övergrepp och

etiska dilemman uppstod i relation kring sin egen säkerhet, instängd i en osäker och obekant miljö hemma hos patienten, där ambulanspersonalen ibland kände sig iväg tvingade trots en önskan att fortsätta återupplivningen av patienten (Milling et al., 2021; Waldrop et al., 2015).

Att orka för allas skull

Etiska dilemman runt anhörigas delaktighet

Den medmänskliga relationen till patienten involverade ibland också kommunikation med anhöriga (Nordby & Nøhr, 2012) och etiska dilemman upplevdes runt att ta beslut huruvida anhöriga skulle få närvara eller ej vid ett återupplivningsförsök och om närvaro var bra för dem eller inte. Det fanns uttryck för att det var upp till de anhöriga, så länge de inte var i vägen (Karlsson et al., 2019; Larsson & Engström, 2013; Waldrop et al., 2015) och andra uttryckte vikten av att kunna bygga ett förtroende med anhöriga och erbjuda dem delaktighet i beslutsfattande (Karlsson et al., 2019). Närvaron av familjemedlemmar kunde också skapa en självmedvetenhet då de ansågs ofta ha en orealistisk uppfattning om vad som är möjligt vid ett återupplivningsförsök som gjorde en obekväm och bidrog till stress. Detta utgjorde hinder för att göra ett bra jobb (Fernández-Aedo et al., 2016; Anderson et al., 2017).

Första prioritet ansågs vara att rädda patientens liv, men när även familjens lidande uppfattades så uppstod känslor av stress och otillräcklighet (Bremer et al., 2012). Psykologiska och fysiska distraktioner kunde uppstå om anhöriga var väldigt engagerad i situationen (Karlsson et al., 2019) och det var svårt att ge omsorg till anhöriga och samtidigt utföra HLR (Larsson & Engström, 2013). Intensiva känslor beskrevs som vanliga svar på en kris i livets slutskede och anhörigas önskemål om och åsidosättande av patientens önskemål kunde orsaka konflikter och ibland eskalera till osäkra situationer utom kontroll (Waldrop et al., 2015). Anhörigas rätt att vara nära patienten och deras behov att känna sig behövda skapade etiska dilemman då detta hamnade i konflikt med ambulanspersonalens huvudfokus, att rädda liv i en säker miljö (Karlsson et al., 2019).

Hanteringen av familjens reaktioner och konflikter samt uppfattningen av anhörigas krav påverkade åtgärder och beslut och skapade etiska dilemman över om HLR skulle påbörjas och hur länge de skulle fortsätta med återupplivningsförsöket (Anderson et al., 2018; Bremer et al., 2012; Waldrop et al., 2015; Milling et al., 2021; Nordby & Nøhr, 2012). Att utföra HLR för länge, till den punkt att även anhöriga förstått att det är lönlöst, ansågs riskera att reducera ambulanspersonalens ansträngningar till utsiktslösa försök, utan genuin strävan att rädda liv (Bremer et al., 2012). Även om det var svårt att kommunicera realistiskt hopp verbalt under pågående HLR, ansågs behandlingen ge hopp, men vid avsaknad av medicinsk grund, kunde påbörjad HLR anses som oetiskt och ett cyniskt sätt att inge falskt hopp (Bremer et al., 2012; Nordby & Nøhr, 2012; Grundzen et al., 2009).

Etiska dilemman runt omsorg och stöd till anhöriga

Närvaron efter avslutad HLR var viktig för stöd och omsorg (Karlsson et al., 2019), för anhörigas möjlighet att börja hantera sin förlust och för att försäkra dem och sig själv att de gjorde allt de kunde (Fernández-Aedo et al., 2016). Det upplevdes också viktigt att tala om för anhöriga att de gjort ett bra jobb så de inte skulle skuldbelägga sig själva (Larsson & Engström, 2013). Att vara ensam på plats och inte kunna ta hänsyn och ge stöd till anhöriga på plats (Karlsson et al., 2019) eller att tvingas lämna anhöriga ensamma på grund av resursbrist innan de fått ett avslut på situationen kändes orättvist, oetiskt och ovärdigt och upplevdes som ett personligt-professionellt misslyckande (Bremer et al., 2012).

Ambulanspersonalen upplevde ansvar för omsorg över både patient och anhöriga, men det innebar också ett behov av att prioritera mellan patientens och anhörigas bästa. Anhöriga kom som andra prioritet och att ge familjen omsorg, krävde att gå emot den starka drivkraften att rädda liv (Bremer et al., 2012) och istället göra situationen värdig för de anhöriga (Larsson & Engström, 2013). Det upplevdes svårt att meddela att återupplivningen hade misslyckats (Fernández-Aedo et al., 2016) och det fanns upplevelser av osäkerhet och svårighet kring att kunna skifta omsorg och empati till anhöriga (Anderson et al., 2018; Bremer et al., 2012). Interaktion med familjemedlemmar upplevdes oftare svårare än patientvården när döden har inträffat (Waldrop et al., 2015) och det fanns en rädsla av att familjen skulle uppfatta omsorgen av dem som opersonlig rutin, när de avslutat ett misslyckat upplivningsförsök (Bremer et al., 2012).

Anhöriga kunde reagera kraftigt och konflikter kunde uppstå när en person gick bort. Etiska dilemman uppstod ibland när besättningen var tvungna stanna kvar och vänta och stötta anhöriga under tiden, om de själva upplevde sig som oförmögna eller otillräckliga att ge stöd i en svår situation (Grundzen et al., 2009). Den känslomässiga desperationen kunde innebära ett krav på att ambulanspersonalen var tvungna att göra något för att uppfylla ett känslomässigt behov, även om familjen ofta inte var säker på vad de specifikt ville att personalen skulle göra (Waldrop et al., 2015) och ambulanspersonalen beskrev ett behov av att utbilda sig mer för att kunna bedöma och vara förberedda på att möta anhörigas behov och förväntningar i den intensitet som kunde uppstå (Waldrop et al., 2015; Anderson et al., 2018). Det fanns upplevelser av att tvingas balansera och tolka mellan underliggande och mer direkta emotionella uttryckta känslor, där livserfarenhet och erfarenhet att möta familjer som lidit en förlust gav självförtroende och säkerhet (Bremer et al., 2012; Waldrop et al., 2015). Etiska dilemman runt kommunikation kunde också uppstå om besättningen inte kunde kommunicera med anhöriga av psykologiska tillstånd, men också på grund av språkbarriärer, ålder samt olika kulturella och religiösa aspekter som krockar, samt osäkerhet hos ambulanspersonalen (Karlsson et al., 2019).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

I resultatet uppmärksammades ett antal huvudfynd som upplevdes som starkare än andra och sågs som gemensamma oavsett geografi och kultur; etiska dilemman runt att göra det rätta för patienten, etiska dilemman runt att visa omsorg för anhöriga och etiska dilemman runt att kunna känna tillfredställelse i att ha gjort ett bra jobb där egna etiska övertygelser inte kommer i konflikt med lagar, regler och policys eller andra människors åsikter eller handlande. Resultatdiskussionen kommer att bedöma och värdera resultaten i arbete i relation till syftet (Henricsson & Billhult, 2017); att beskriva de etiska dilemman som uppstår hos ambulanspersonalen i situationer där de skall handlägga hjärtstopp hos vuxna patienter i en prehospital miljö.

En del av kompetensbeskrivningen för ambulanssjuksköterskor (RAS, 2020) belyser att hens arbete ska verka för och bevara patientens integritet och värdighet och specialistsjuksköterskans roll inom den personcentrerade vården är strävan efter att ge, leda och organisera bästa möjliga vård utifrån evidensbaserad omvårdnad, på ett organiserat och standardiserat arbetssätt. (Öhrn, 2013). Som en grund för vårt arbete, belyser vi omvårdnadsteoretikern Watson (2012) som anser att omvårdnad sträcker sig utanför vårdssituation, omsorgen om andra är de etiska och moraliska ideal som leder sjuksköterskan i

sitt omvårdnadsarbete. Omvårdnaden skall ske med avsikt att bevara det mänskliga i ett ömsesidigt, transpersonellt samspel där det finns paralleller mellan att vårda sig själv och andra och medicinsktekniska uppgifter skall utföras med en genuint vårdande hållning.

I resultatet beskrivs flera etiska dilemman i kontexten kring beslut om att utföra HLR eller inte och att ta beslut som upplevdes vara för patientens bästa. Det fanns en lättnad i ett giltigt, tydligt dokument som underlättade beslutsfattande och dilemman beskrevs i stället runt om dokumentet inte kunde hittas vid en hjärtstoppssituation, eller att anhöriga försökte omkullkasta beslutet och få ambulanspersonalen att påbörja återupplivning. Risk för juridiska efterspel blev därmed en dominerande känsla som konkurrerade med viljan att respektera patienten och vad som kunde anses vara det bästa för denne. Dessa fynd överensstämmer med Milling et al., (2022), som beskriver att icke-medicinska faktorer som personliga egenskaper, känslor, erfarenheter och värderingar spelar in tillsammans med organisation, juridik och omgivning i beslutsfattandet i en återupplivningssituation. Att istället få möjlighet att skapa sig en bra bild av patientens situation och dennes livsvärld betyder en ökad möjlighet att göra trygga beslut, vilket också är ambulanspersonalens uppgift (Wireklint-Sundström & Dahlberg, 2011). I svenska förhållanden förekommer inte särskilda, prehospitalla, patientbundna dokument runt återupplivning, utan ett så kallat 0-HLR beslut tas av läkare, oftast i samråd med patient och anhöriga och dokumenteras i patientens journal. Dock följer inte beslutet med mellan vårdinrättningar, utan ett nytt beslut skall tas vid ett nytt vårdtillfälle (SFS 2008:355, kap3, §6). Watson (2012) betonar i sin 6:e caritasprocess att kunskap skall tillämpas på ett kreativt sätt för att lösningsfokuserat sätt se till att patienten får etisk, omsorgsfull och adekvat vård och att vara engagerad i att den för patienten bästa lösningen. En jämlik hälso- och sjukvård betyder att det finns skillnader mellan olika grupper i samhället men vård skall tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla människor (Socialstyrelsen, 2015). I en vidare diskussion kan alltså frågor ställas huruvida dokumentation av 0-HLR beslut påverkar tillgången till en god och jämlik vård (SFS 2017:30), då det i dagsläget inte finns någon nationell, sammanhållen journalföring mellan både ambulansverksamheter i landet, eller mellan sjukhus och vårdinrättningar i de olika regionerna. Att ha tillgång till medicinsk bakgrund i patientens journal kan anses vara en fördel under ett hjärtstopp, som hjälper ambulanspersonalen att ta ställning till patientens förmåga att överleva HLR, samt om de har förutsättningarna till ett fortsatt gott liv. Våra egna erfarenheter från ambulansarbetet har visat, att brist på information kan innebära påbörjan av ett fruktlöst återupplivningsförsök som inte gagnar patienten eller anhöriga och kan tvinga ambulanspersonalen till att ta dåligt underbyggda beslut eller lösningar enbart baserat på känslor, bekvämlighet eller enbart riktlinjer som inte tar hänsyn till patientens livsvärld.

I resultatet framkom också att anhöriga som är närvarande vid HLR även kan ses som en tillgång eftersom de kan återberätta saknad information, vad som har hänt och om HLR är påbörjad efter bevittnat hjärtstopp, eventuella sjukdomar hos patienten, aktuella tidpunkter och patientens önskan. Uppfattningen var att HLR till synes kan se väldigt brutalt ut. Bremer & Sandman (2011) menar att för att inte anhöriga ska få en förvärrad traumatisk upplevelse av händelsen krävs det att sjuksköterskan i sin profession utnyttjar sin etiska kompetens genom att tänka, förstå vad som kan anses ge svårhanterade minnen och sedan kunna hantera anhörigas känslor. I resultatet fanns också beskrivningar av svårigheterna i att skifta fokus från det akuta omhändertagande av patienten där det finns riktlinjer och rutiner att följa och samtidigt beakta patientens rätt till personcentrerad vård och omsorg om anhöriga, vilket Wireklint-Sundström & Dahlberg (2011) också visar i sin studie; det finns en risk att den medicinska övervakningen i en pressad situation tar över och patienten och anhöriga glöms

bort. Hjärtstopp sker oftast plötsligt och oväntat och ställer högra krav på sjuksköterskan och både Watson (2012) och den etiska koden för sjuksköterskor (SSF, 2017) betonar vikten av att utveckla en lyhördhet för att kunna läsa av situationen och mellan de medicinsktekniska momenten även tillämpa omvårdnad. Watsons (2012) beskriver i sin 4:e caritasprocess vikten av att sjuksköterskan inte kan gömma sig bakom en professionell roll, utan skall vara autentiskt närvarande och skapa hjälpsamma och tillitsfulla omsorgsrelationer. Det skapar en omsorgsfull atmosfär med glimtar av ljus med målet att få en gemensam förståelse. Anhöriga kan då få uppleva lindring i en svår och livsomvälvande situation, där de inte riskerar att känna sig övergivna, kränkta, överkörda eller tillintetgjorda. Watson (2012) menar att ett vårdande ögonblick är ett tillfälle där individer får kontakt med varandra och bär spår av det förflutna såväl som det ger påverkan på framtiden. Mötet är snarare relation människa till människa än mellan vårdare och patient, den transpersonella omsorgsrelationen. Egna erfarenheter av att befinna sig i en återupplivningssituation, samstämmer med uppfattningen att anhöriga spelar har en stor roll och har en stor plats i en återupplivningssituation, vilket inte går inte att bortse från. Ambulanssjuksköterskan behöver se bortom de rent medicinsktekniska momenten och bejaka faktumet att den anhöriga är en förlängning av patienten och en del av omsorgsrelationen, där handlingar kommer att ge avtryck i de anhörigas så väl som vårdarens liv och professionella utveckling längre fram och att detta bör medvetandegöras.

I resultatet framkommer en strävan efter att i vårdsituationen respektera patienten och dennes vilja, integritet och värdighet. Majoriteten av artiklarna i resultatet är skrivna ur ett västerländskt perspektiv där integritet och värdighet diskuteras i termer som vikten av att respektera självbestämmande, att skydda en person från nyfikna åskådare på offentlig plats eller mildra en persons eller anhörigs upplevelser av kontrollförlust framhålls. Studien utförd av Torabi et al. (2018) som ingick i resultatet, har dock en annan kulturell kontext där de etiska dilemman som framkommer runt integritet och värdighet fokuserar på patientens personliga sfär, att behöva blottlägga kroppsdelar för att kunna undersöka, eller att patienten är naken i hemmet eller på offentliga platser. Att skylta en kropp eller ansikte för att skydda patientens värdighet uppgavs vara en viktig del av att upprätthålla en yrkesetik. Sjuksköterskan har ett stort ansvar över att vården ges av god kvalitet, genom dess etiska koder och god omsorg. Utöver en vilja att göra det som anses vara det bästa för patienten, är det också av vikt att bevara patientens integritet och värdighet (Ekman, 2020). Santonocito et al. (2013) menar att avstå från HLR inte betyder att inte göra något. Det är att i allra högsta grad att respektera patientens vilja, bevara autonomin och låta patienten dö med värdighet. Respekten för autonomi är ett viktigt mål, vi måste se till att de vårdbehövande personerna får adekvat hjälp i form av information och perspektiv (Ranola et al., 2015). I enlighet med Vicente et al. (2020) kan det betyda att inte bara respektera patientens vilja att få besluta om sin egen död, utan också att respektera patienten i en utsatt situation utifrån vad de uppfattar som etiskt riktigt och lämpligt ur ett kulturellt perspektiv. Ranola et al. (2015) visar på att beslut kring återupplivning medvetet eller omedvetet kan färgas av ambulanspersonalens uppfattning om demografiska och socioekonomiska faktorer, vilka blir extra tydliga om patienten får hjärtstopp i sin hemmiljö och inte på sjukhus. Grupporienterade och individorienterade kulturer träffas i det prehospitla vårdmötet och kan skapa frustration, då ambulanssjuksköterskan kanske inte kan utforma den vård, eller omvårdnad som de är vana vid, utan det kräver en anpassning och lyhördhet för olika förväntningar (Vicente et al., 2020). Sjuksköterskan har enligt Watson (2012) ett etiskt ansvar i att göra patienten (eller anhöriga) uppmärksam på andra, möjliga vägval än den som sjuksköterskan själv uppfattar vara den idealiska. Varje sjuksköterska ska i sitt bemötande ta ett moraliskt ansvar och tillämpa den etiska koden för att individuellt eller tillsammans med kollegor föra den etiska

diskussionen vidare och ta chansen till att utveckla omvårdnaden ytterligare, som exempelvis vid nästa hjärtstopp och samtal med anhöriga (Willman, 2016).

Det mångkulturella samhället har även i Sverige blivit mer vanligt förekommande, med en stor utomeuropeisk invandring de senaste decennierna. Egna erfarenheter av att arbeta i ett upptagningsområde med stor del utomeuropeisk invandring visar att det finns ett värde i att synliggöra att det finns stor sannolikhet, för att förutsättningar och personliga, etiska värderingar kan krocka med patienten och patientens familjs värderingar. Även om ambulanspersonalen kommer med de bästa intentionerna att utföra en god vård, blir det kanske inte alltid så, då transkulturella faktorer är svåra att bortse ifrån och kan skapa etiska dilemman. Enligt Watson (2010) syftar den vårdande relationen inte enbart till att skapa en god och helande miljö för patienterna. Teorin för mänsklig omsorg går utöver vårdssituationen där förmågan att visa omsorg och värna om vår egen och andras inneboende mänsklighet inte bara handlar om personer vi möter, utan om hela universum. Det handlar om hälsa världen över, det vill säga globalt. Medkänsla är grundläggande inom omvårdnad, oavsett plats i världen (Blomberg et al., 2016) där världen förändras av krig, våld och förtryck och för att sedan resultera i flyktingströmmar och demografiska omställningar. Detta ger nya krav på sjuksköterskan och dess roll för att ge god omvårdnad då människor påverkas av den miljön de lever i (Holmgren & Kraft, 2017).

Det finns en stor och viktig socioekonomisk fråga gällande jämlik vård världen över, FN (Förenta nationerna) har lagt fram sju ton mål för socialt, ekonomiskt och miljömässigt hållbar utveckling, Agenda 2030 (FN, 2021) Senast 2030 skall de globala målen vara uppnådda och innebär stärkta mänskliga rättigheter, förbättrad hälsa, miljöarbete och en strävan mot fred. Alla skall bland annat ha rätt till en god och grundläggande hälso- och sjukvård. För sjuksköterskan innebär det att delta i arbete som syftar till att minska mödradödlighet, minska spädbarns- och barndödlighet där faktorerna går att förbygga, utrota epidemier och förbygga spridning av smittsamma sjukdomar, främja psykisk hälsa, arbeta förbyggande runt missbruk, tillgång till sexuell och reproduktiv inklusive familjeplanering och stödja forskning och utveckling runt vaccinering (FN, 2021:2). Ur ett prehospitalt perspektiv kan hållbarhet, jämställdhet och samhälle handla om en bredare kunskap om hjärt-lungräddning hos allmänheten, för att på så sätt nå fler drabbade fortare, oavsett var de bor. HLR utförd före ambulansens ankomst, det vill säga ett bevitnat hjärtstopp, associeras med en dubbelt så hög överlevnadsfrekvens efter 30-dagars vid ett prehospitalt hjärtstopp, mot när ingen HLR utfördes före ambulansens ankomst (Hasselqvist-Ax, 2015; Strömsöe et al., 2015). SMS-livräddare blir alltmer vanligt förekommande vid prehospitala hjärtstopp i Sverige och har ökat antalet HLR utförd av allmänheten (Ringh et al., 2015). Det finns en patient- och samhällsvinst med tidig HLR utförd av allmänheten ur ett hållbarhets och jämlikhetsperspektiv, men det lägger samtidigt på ytterligare en faktor för ambulanssjuksköterskan att ta hänsyn till i en kanske redan komplex och påfrestande situation. En välgrundad oro har uppstått hos ambulanspersonal, där tankar går åt vilket forum dessa SMS-livräddare får bearbeta sina upplevelser och känslomässiga och sociala utmaningar, för att sedan ha chansen att gå vidare efter exempelvis ett hjärtstopp hos unga vuxna med ett dåligt resultat (Mathiesen et al., 2016). Utöver traumatiserade anhöriga, så finns traumatiserade allmänhet som kanske har tvingats ta beslut som kan anses vara orimliga och betungande (Bremer et al., 2009). Reflektion med ambulanspersonal vid prehospitala hjärtstopp har visats ge åskådare en chans till att tala om sina upplevelser, vilket positivt påverkar förmågan att hantera de känslomässiga reaktionerna och uppfattningen om egen prestation och motiverar förbättring av HLR-färdigheter hos allmänheten (Møller et al., 2014). För att undvika bestående psykologiska besvär hos åskådare och lätta bördan för

ambulanssjuksköterskan, bör sjukvården planera, utveckla och implementera åtgärder för att undvika eventuell posttraumatiskt stressyndrom i framtiden (Brinkrolf et al., 2021).

Resultatet visar att ambulanspersonal i allmänhet upplever nödsamtal som stressande; otydliga omständigheter, otillräcklig information och otillräcklig hjälp från larmcentralen ökade stressen ytterligare. Betydelsen av att vårda med medkännande samt att känna empati för patienten beskrevs som en stor del av att vårda och att förstå sig på patientens situation samt behov. Särskilt framkom vikten av att kunna dela erfarenheter och reflektera över situationer där etiska dilemman skapat en emotionell stress. Enligt Behnke et al. (2019) är ambulanspersonal överrepresenterad när det kommer till psykisk ohälsa relaterad till emotionell stress. Det beror troligtvis på en kumulativ exponering av psykiskt påfrestande situationer med krav på stort känslomässigt engagemang, särskilt vid uppdrag där identifikationen med den drabbade är stor (Behnke et al., 2019). Upprepad exponering av etiska dilemman i relation till traumatiserade individer, så som patienter eller anhöriga som har förlorat en älskad, kan också leda till sekundär traumatisk stress (STS). STS kan i förlängningen leda till empatitrötthet (CF, compassion fatigue), som kännetecknas av bland annat negativa coping strategier och oförmåga att känna empati eller sympati (Joinston, 1992; Cocker & Joss, 2016).

Cocker & Joss (2016), identifierar också i sin review, att trots att det finns en medvetenhet om CF bland personal i akutsjukvård, saknas det information och evidens för effektiva åtgärder på arbetsplatser, för att identifiera och minska riskerna. Carlström et al. (2017) menar att ambulanspersonal upplever copingstrategier (Lazarus & Folkman, 1984) som samtal med kollegorna som mer givande framför mer organiserad debriefing. Reflekterande diskussioner med kollegor direkt efter uppdraget, samt att ta korta pauser under arbetsdagen kan vara stressreducerande. Det kan dock vara svårt att få tid att alltid gå igenom svåra patientfall och riskerna finns alltid att ambulanspersonalen får åka på en mindre akut resa efter hjärtstoppet (Carlström et al., 2017), vilket är något som stämmer väl överens med författarnas egna erfarenheter. Elmqvist et al. (2009) beskriver att ambulanspersonalen kan initialt vid svåra händelser stänga av känslor och agera i den specifika händelsen, för att sedan samtala med sina kollegor vid ett senare tillfälle, som exempelvis på stationen. En god relation och lagkänsla är en viktig del i att bearbeta det som kan kännas betungande och inom ambulanssjukvården finns en extraordinär form av lagkänsla som yttrar sig genom en vilja att samtala med sina kollegor efter händelser som berör (Ahl et al., 2005). En kollega kan ses som en andra familj, det vill säga någon de kommer nära in på i livet (Jonsson & Segesten, 2004) och i en trygg relation till sin kollega kan en ibland tyst kommunikation uppstå genom kroppsspråk som förmedlar en viss sinnesstämning. Författarna uppfattar också att stor personalomsättning på arbetsplatsen som ytterligare en faktor, som kan påverka arbetssättet och den emotionella hälsan. Det blir krävande att ständigt lära känna nya personer och i relation till det hantera stor, emotionell stress och att kunna visa känslor och sårbarhet. Halpern et al., (2009) beskriver, att bara finnas till i situationen där kollegorna kan känna av varandras känslor i stället för att prata om dem kräver en god och lång arbetsrelation. Nyanställd personal som inte har skapat en relation till sina kollegor kan därav få svårare att tala om och hantera sina känslor och har ett större behov av att fångas in med mer individuell uppföljning (Halpern et al., 2009) för att utveckla ett arbetssätt där den egna emotionella hälsan i längden inte påverkar omvårdnaden av patienten negativt.

Omsorgen om andra och de etiska och moraliska idealen bör vara det som driver ambulanssjuksköterskan i sitt arbete (Su et al., 2020; Watson, 2012). Watson (2012) beskriver i sin 5:e caritasprocess hur det i vårdrelationen är viktigt att vara närvarande och

stödja uttryck för både negativa och positiva känslor. För ambulanssjuksköterskan kan det innebära att se, tolka och hantera konflikter som kan uppstå i en vårdssituation, men också vara medveten om hur det i förlängningen kan påverka kollegor i vårdteamet och deras bemötande av patienten och anhöriga. Enligt Watson (2012) sker omvårdnaden i en relation mellan ambulanssjuksköterskan, anhöriga och patient, där samtliga parter påverkas och det finns paralleller mellan att vårda sig själv och andra. Omvårdnaden är ett ömsesidigt, transpersonellt samspel som inte bara lindrar lidande och återupprättar hälsa. Hälsa är något att uppleva i enighet med det kroppsliga och själsliga. Det handlar om att leva och känna samklang med det vi erfar och oss själva. Ohälsa är alltså en försämring eller obalans mellan världen och sinnet (Watson, 2012). Precis som Watson (2012) påvisar även Peters (2018), att förebyggande åtgärder av CF uppnås genom professionella gränser, egenvårdsåtgärder, självkänedom och utbildning om konceptet på individ- och organisationsnivå. Om personalen först inte tar hand om sina förvärvade trauman efter svåra arbeten präglade av etiska dilemman finns därmed ökar risken för att personalen inte orkar med, relaterat till empatitrötthet (Peters, 2018). Det finns ett tydligt behov av medvetenhet hos ambulanssjuksköterskan, av vikten att vårda sin egen hälsa för att inte förmågan att ge god omvårdnad får förlorad och därmed riskerar att patienten eller anhöriga tar skada (Henderson & Jones, 2017).

Metoddiskussion

Studiens design består av en litteraturöversikt med systematisk metod som genomförs med syftet att få en bred översikt, öka kunskapen och identifiera kunskapsluckor inom ett specifikt område (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Henricson & Billhult, 2017). Att göra en litteraturöversikt med systematisk ansats gjorde det möjligt att kunna genomföra en kunskapsöversikt över aktuell forskning inom valt område, med tanke på arbetets utformning och tidsram. En systematisk litteraturöversikt hade dock påvisat en högre nivå av tillförlitlig och evidens inom ämnet. En systematisk litteraturöversikt ses som den högsta graden av evidens, då all tillgänglig litteratur på området syntetiseras noggrant (Polit & Beck, 2021). Författarna har genom arbetet haft som intention att arbeta så systematiskt som möjligt och beskriva arbetet steg för steg, samt att tydligt redovisa sökningar och urval i tabellformat, vilket ökar studiens trovärdighet och tillförlitlighet (Polit & Beck, 2021). En litteraturöversikt genomfördes därför av 15 kvalitativa artiklar, med syftet att beskriva etiska dilemman som kan uppstå hos ambulanspersonal vid prehospitla hjärtstopp på vuxna. Under utförande och utformning av detta självständiga arbete, identifierades ett antal styrkor och svagheter.

Till översikten valdes studier utförda med kvalitativ design, vilket är en lämplig metod för att studera individens tankar, upplevelser och livsvärld (Polit & Beck, 2021). Författarna hade dock möjligheten att inkludera både kvalitativa- och kvantitativa artiklar som skulle kunnat svara på syftet. Att inte både kvalitativa och kvantitativa inkluderades kan ses som en svaghet, då det på så vis kunde ha gett en bredare bild av ämnet och därigenom ökat trovärdigheten, eftersom dessa metoder kompletterar varandra väl (Polit & Beck, 2021).

Urvalet bestod av inkluderade artiklar från sju olika länder (Sverige, Danmark, Nya Zeeland, USA, Iran, Storbritannien och Spanien). Detta är intressant ur ett globalt och mångkulturellt perspektiv och inkluderar upplevelser av prehospitalt arbete i olika delar av världen, vilket skapar en medvetenhet om olika kulturer och sedvänjor kring vård, omvårdnad, syn på döden och anhörigas närvaro i allvarliga och påfrestande situationer. Annan formell utbildning än specialistsjuksköterskor inom ambulansverksamhet finns dock internationellt. Därför användes inga geografiska begränsningar med motiveringen att få ett tillräckligt stort underlag. Det

innebär dock att överförbarheten till specifikt ambulanssjuksköterskans profession i en svensk kontext minskar och därmed arbetets generaliserbarhet, som innebär att resultatet ska kunna vara överförbart till liknande sammanhang (Polit & Beck, 2021). Globalt sett finns ändå en generaliserbarhet, då ambulanspersonal oavsett utbildning inom högskola, yrkesexamen och yrkestitel utsätts för situationer där de behöver fatta snabba beslut under pressade förhållanden, vilket kan skapa etiska dilemman. Vidare utfördes kvalitetsgranskningen med hjälp av Sophiahemmets högskolas bedömningsunderlag som har modifierats utifrån Cardwell et al. (2011) och därmed minskar riskerna för att författarnas subjektiva tolkningar av artiklarnas kvalitet lyftes fram.

En styrka var att artikelsökningen till datainsamlingen, i ett tidigt skede skedde med vägledning av en bibliotekarie på Sophiahemmets Högskola. Enligt Polit & Beck (2021) finns en fördel med att effektivisera sökstrategierna ihop med en bibliotekarie. Författarna fick initialt ett begränsat antal relevanta träffar efter egna sökningar, men via ett videomöte med bibliotekarien kunde författarna få fler tips för att skapa sök-block och uppnå ett större antal relevanta träffar utifrån ämnet. En svaghet i artikelsökning var att i sökningar som gav mer än 100 träffar, lästes endast titlar. Utifrån titlarna lästes sedan abstrakt, för att hinna gå igenom så många träffar som möjligt och kunna göra en noggrann läsning och granskning på det som uppfattades som mer intressant. Detta kan göra att relevanta artiklar missas. Vidare sållades inte kvalitativa artiklar ut vid abstractläsning utan det upptäcktes när artiklarna lästes mer i sin helhet. Totalt 17 artiklar förkastades i urval 1 under Tabell C. Detta hade kunnat undvikas om artikelsökningen hade begränsats ytterligare. Sök-spannet för årtal sattes till 2011–2021. En artikel publicerad 2009 som valdes ut till resultatet återfanns genom PubMed liknande artiklar (similar articles). Eftersom den ansågs vara så pass relevant till studiens syfte inkluderades den trots att den hamnade utanför sök spannet. Att använda similar articles kan anses vara en svaghet då sökningen kan bli svår att återupprepa. Manuell sökning genomfördes eftersom ett mättat resultat inte kunde erhållas med enbart fjorton artiklar. Manuella sökningar är ett bra sätt att komplettera informationssökningen (Willman, 2016). Till litteraturoversikten hittades en studie genom att titta på liknande artiklar (Similar articles) med manuell sökning i PubMed, som vidare presenteras i tabell C, #7.

Data till resultatet har analyserats med hjälp av en integrerad analys. En integrerad analys ansågs vara en bra metod för att besvara syftet och att redovisa som möjliggjorde en samordning mellan artiklarnas resultat (Kristensson, 2014). Vidare har författarna strävat efter att upprätthålla god forskningssed genom att redovisa metoder, dokumentera material och åsidosätta tidigare förkunskaper, värderingar och personliga åsikter för att presentera ett ärligt resultat (Vetenskapsrådet, 2017). Resultatdelen i artiklarna har granskats först enskilt och sedan tillsammans. De delar i resultaten som motsvarar syftet har lyfts ut och översatts efter bästa förmåga, med intentionen att bevara ursprunglig kontext och betydelse och all data har presenterats oavsett om den varit positiv eller negativ (Polit & Beck, 2021). Då båda författarna arbetar inom ambulansen finns det också en medvetenhet om viss förförståelse och att detta kunde påverka resultatet av analysen. För att minska risken med detta valde författarna att läsa artiklarna och plocka ut de meningsbärande enheterna var och en för sig. Sedan jämfördes enheterna och vidare diskuterades artiklarna. Samtidigt kan också trovärdigheten öka och tillförlitligheten stärkas genom att öka medvetenheten om sin egen förförståelse. Det har därmed varit av vikt att resultatet skulle presenteras så att inte våra egna åsikter eller förförståelse skulle sätta prägeln på arbetet (Henriksson, 2017). Enheterna som valdes ut analyserades sedan vidare för att synliggöra likheter och skillnader och bekräfta att delarna hade tolkats likadant. Detta för att stärka tillförlitligheten och minska riskerna för feltolkning och påverkan av förförståelse (Polit & Beck, 2021).

Författarna till studien har svenska som modersmål därmed ökar riskerna med att meningsbärande enheter feltolkas. Enligt Friberg (2017) kan det vara av fördel att söka efter synonymer på de ord som kan vara svåra att översätta, för att förenkla översättandet. Meningsenheterna översattes och kondenserades i samma steg. Några enheter delades dessutom upp av författarna tillsammans för att de visade sig ha fler innebörder. Översättningarna kontrollerades sedan mellan författarna. Styrka här är att en av författarna tidigare har arbetat med översättningar av dokument i forskningsmiljö. Kategorier och underkategorier arbetades fram tillsammans och omarbetades ett antal gånger innan all data täckts in och fick en tydlig tillhörighet.

SLUTSATS

Att ett människoliv går förlorat eller att vägen tillbaka vid överlevnad är svår hör dessvärre till den bistra sanningen vid hjärtstopp och ambulanspersonalen upplever etiska dilemman i situationens komplexa natur. Ibland har ambulanspersonalen och de anhöriga olika perspektiv på verkligheten, men det samtliga parter har i beaktande är att de vill agera för patientens bästa med ett personcentrerat synsätt. Med längre arbetslivserfarenhet och erfarna kollegor är det lättare att hantera etiska dilemman och agera utan att vändas över olika beslut, samtidigt som ambulanssjuksköterskan kan känna sig tillräcklig för att leda omvårdnadsarbetet och hantera den anhöriges kris med ett personcentrerat synsätt på vården. Ett personcentrerat arbetssätt ansågs vara en faktor som bidrar till en mer säker vårdmiljö och ökad utbildning kan leda till ökad kompetens och trygghet bland ambulanspersonalen. Ambulanssjuksköterskan ska ta hänsyn till och läsa av situationen för vad den är och vad den behöver av oss för att leda och fördela arbetet. Därav är det av vikt att fortbildning och fördjupning för att förstå att det uppstår flertalet, ibland oundvikliga, etiska dilemman inom hjärtstopp i ambulanssjukvården. Detta kan i förlängningen förebygga arbetsmiljörelaterad ohälsa och stärka den personcentrerade vården.

KLINISK TILLÄMPBARHET

Litteraturöversikten belyser stora, svåra och oundvikliga etiska frågor i relation till yrkesrollen, person, patient, anhöriga och organisation. Stora delar av sjukvården i Sverige kämpar med att rekrytera och behålla personal, samtidigt som stort fokus läggs på patienters rätt till en god och nära vård. Den tekniska utvecklingen har gjort det möjligt att ta del av stora mängder information, även i en prehospital miljö. Ändå är tillgången till denna information begränsad för ambulanspersonal, delvis på grund av juridiska, men också organisatoriska faktorer. En utveckling av hjälpmedel och resurser för ett mer tillgängligt informationsflöde, skulle minska osäkerhet och utförandet av onödiga insatser som skapar psykiskt påfrestande eller rent av oetiska situationer för såväl personal som patienter och anhöriga. Ytterligare forskning runt bearbetning av traumatisk och kumulativ stress skulle kunna resultera i en implementering av mer förebyggande åtgärder, för att utveckla och förbättra ambulanspersonalens arbetsmiljö.

REFERENSER

* *Visar artiklarna som ingår i litteraturöversiktens resultat.*

Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint-Sundström, B., Jonsson, A. & Suserud, B.O. Culture and care in the Swedish ambulance services. *Emerg Nurse*. 2005 Dec;13(8):30-6. doi: 10.7748/en2005.12.13.8.30.c1203. PMID: 16375006.

Ahl, C., & Nyström, M. (2012). To handle the unexpected – The meaning of caring in prehospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 20(1), 33–41. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.03.001>

Ali, M.U., Fitzpatrick-Lewis, D., Kenny, M., Raina, P., Atkins, D.L., Soar, J., Nolan, J., Ristagno, G. & Sherifali, D. (2018). Effectiveness of antiarrhythmic drugs for shockable cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation*, 132, 63–72. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.08.025>

*Anderson, N., Gott, M. & Slark, J. (2018). Beyond prognostication: ambulance personnel's lived experiences of cardiac arrest decision-making. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 35(4), 208–213. <https://doi.org/10.1136/emered-2017-206743>

*Anderson, N., Gott, M. & Slark, J. (2017). Grey areas: New Zealand ambulance personnel's experiences of challenging resuscitation decision-making. *International Emergency Nursing*, 39, 62–67. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.08.002>

*Anderson, N., Gott, M. & Slark, J. (2019). When resuscitation doesn't work: A qualitative study examining ambulance personnel preparation and support for termination of resuscitation and patient death. *International Emergency Nursing*, 49, 100827–. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100827>

Behnke, A., Rojas, R., Karrasch, S., Hitzler, M. & Kolassa, I. T. (2019). Deconstructing Traumatic Mission Experiences: Identifying Critical Incidents and Their Relevance for the Mental and Physical Health Among Emergency Medical Service Personnel. *Frontiers in psychology*, 10, 2305. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02305>

Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic review in nursing – a step-by-step guide* (2nd ed.). CPI Group Ltd

Blomberg, K., Griffiths, P., Wengström, Y., May, C., & Bridges, J. (2016). Interventions for compassionate nursing care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 137-155. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.07.009

*Brandling, J., Kirby, K., Black, S., Voss, S. & Bengler, J. (2017). Emergency medical service provider decision-making in out of hospital cardiac arrest: an exploratory study. *BMC Emergency Medicine*, 17(1), 24–24. <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0136-3>

Bremer, A. (2012). Vid existensens gräns - Etiskt vårdande och professionellt ansvar vid hjärtstopp utanför sjukhus (At the border of existence – Ethical caring and professional responsibility in the context of out-of-hospital cardiac arrest). [Doktorsavhandling] Linnéuniversitetet.

Bremer, A. (2016). Dagens ambulanssjukvård. I B-O Suserud & L. Lundberg (Red.). I *Prehospital akutsjukvård* (2. Uppl., ss. 48-64). Liber.

*Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L. (2012). Balancing Between Closeness and Distance: Emergency Medical Services Personnel's Experiences of Caring for Families at Out-of-Hospital Cardiac Arrest and Sudden Death. *Prehospital and Disaster Medicine*, 27(1), 42–52. <https://doi.org/10.1017/S1049023X12000167>

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

Bremer, A., Dahlberg, K., & Sandman, L. (2009b). To survive out-of-hospital cardiac arrest: a search for meaning and coherence. *Qualitative health research*, 19(3), 323–338. <https://doi.org/10.1177/1049732309331866>

Bremer, A. & Sandman L. (2011) Futile cardiopulmonary resuscitation for the benefit of others: an ethical analysis. *Nurs Ethics*. 2011 Jul;18(4):495-504. doi:10.1177/0969733011404339. PMID: 21788287.

Brinkrolf, P., Metelmann, B., Metelmann, C., Baumgarten, M., Scharte, C., Zarbock, A., Hahnenkamp, K. & Bohn, A. (2021). One out of three bystanders of out-of-hospital cardiac arrests shows signs of pathological psychological processing weeks after the incident - results from structured telephone interviews. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), 131–131. <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00945-8>

Brooks, B., Chan, S., Lander, P., Adamson, R., Hodgetts, G. A. & Deakin, C. D. (2015). Public knowledge and confidence in the use of public access defibrillation. *Heart (British Cardiac Society)*, 101(12), 967–971. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-307624>

Cardwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. *Nurse education today*, 31(8), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025>

Carlström, E., Sjöström, N. & Bohström, D. (2017). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. *International Emergency Nursing*, 32, 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.08.004>

*Charlton, K., Franklin, J. & McNaughton, R. (2019). Phenomenological study exploring ethics in prehospital research from the paramedic's perspective: experiences from the Paramedic-2 trial in a UK ambulance service. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 36(9), 535–540. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2019-208556>

Cocker, F. & Joss, N. (2016). Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 13(6), 618. <https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>

Dainty, K.N., Seaton, M.B. & Verbeek, P.R. (2020). Moving from physical survival to psychologic recovery: a Qualitative study of survivor perspectives on long-term outcome after sudden cardiac arrest. *Resuscitation Plus*, 5, 100055. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2020.100055>

*Davey P., Lees A. & Godbold, R. (2016) Exploring New Zealand paramedic attitudes towards advance directives: An ethical analysis. *Australasian Journal of Paramedicine*. 2016;13(4):01-10. doi:10.33151/ajp.13.4.241

Dehghan-Nayeri, N., Nouri-Sari, H., Bahramnezhad, F., Hajibabae, F., & Senmar, M. (2021). Barriers and facilitators to cardiopulmonary resuscitation within pre-hospital emergency medical services: a qualitative study. *BMC emergency medicine*, 21(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00514-3>

Ekman, I. (2020). Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik. Liber AB. (2 uppl.) Stockholm.

Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård-teori och tillämpning. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlen, J. (Red). *Omvårdad på avancerad nivå*. (s.29-61). Studentlitteratur.

Elmqvist, C., Brunt, D., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2010). Being first on the scene of an accident - experiences of “doing” prehospital emergency care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 266–273. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00716.x>

*Fernández-Aedo, I., Pérez-Urdiales, I., Unanue-Arza, S., García-Azpiazu, Z. & Ballesteros-Peña, S. (2017). A qualitative study about experiences and emotions of emergency medical technicians and out-of-hospital emergency nurses after performing cardiopulmonary resuscitation resulting in death. *Enfermería Intensiva (English Ed.)*, 28(2), 57–63. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2016.10.001>

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (3. uppl., s. 133–143). Lund: Studentlitteratur.

Forsell, L., Forsberg, A., Kisch, A., and Rantala, A. (2020). Specialist Ambulance Nurses' Perceptions of Nursing: A Phenomenographic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5018–. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145018>

Förenta nationerna. 2021. *Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling*. Hämtat 26 december, 2021 från <https://fn.se/vi-gor/vi-utbildar-och-informerar/fn-info/vad-gor-fn/fns-arbete-for-utveckling-och-fattigdomsbekampning/agenda2030-och-de-globala-malen/>

Förenta nationerna. 2021. (2) *Mål 3: God hälsa och välbefinnande*. Hämtat 26 december, 2021 från <https://fn.se/wp-content/uploads/2018/03/M%C3%A5l-3.pdf>

Gerge, A. (2011). Empatitrött: Att utveckla välmående i vård- och omsorgsyren. Vaxholm: Insidan förlag.

Green, C., Botha, J. A., and Tiruvoipati, R. (2015). Cognitive Function, Quality of Life and Mental Health in Survivors of Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Review. *Anaesthesia and Intensive Care*, 43(5), 568–576. <https://doi.org/10.1177/0310057X1504300504>

Grubic, N., Puskas, J., Phelan, D., Fournier, A., Martin, L. J., & Johri, A. M. (2020). Shock to the Heart: Psychosocial Implications and Applications of Sudden Cardiac Death in the Young. *Current cardiology reports*, 22(12), 168. <https://doi.org/10.1007/s11886-020-01419-6>

*Grudzen, C., Timmermans, S., Koenig, W. J., Torres, J. M., Hoffman, J. R., Lorenz, K. A. & Asch, S. M. (2009). Paramedic and Emergency Medical Technicians Views on Opportunities and Challenges When Forgoing and Halting Resuscitation in the Field. *Academic Emergency Medicine*, 16(6), 532–538. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00427.x>

Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B., & Dreyer, P. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing Ethics*, 27(1), p. 258–272. <https://doi.org/10.1177/0969733019832941>

Halpern, J., Gurevich, M., Schwartz, B. & Brazeau, P. (2009). Interventions for critical incident stress in emergency medical services: a qualitative study. *Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 25(2), 139-149. doi: 10.1002/smi.1230.

Hasselqvist-Ax, I., Riva, G., Herlitz, J., Rosenqvist, M., Hollenberg, J., Nordberg, P., Ringh, M., Jonsson, M., Axelsson, C., Lindqvist, J., Karlsson, T. & Svensson, L. (2015). Early Cardiopulmonary Resuscitation in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *The New England Journal of Medicine*, 372(24), 2307–2315. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1405796>

Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. (2019). *Circulation*, 140(24), 881-894. doi: 10.1161/CIR.0000000000000732. Epub 2019 Nov 14. PMID: 31722552.

Henderson, A., & Jones, J. (2017). Developing and maintaining compassionate care in nursing. *Nursing Standards*, 32(4), 60-68. doi:10.7748/ns.2017.e10895

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl. s. 111–117). Lund: Studentlitteratur.

HLR-rådet. *Utbildningsprogram*. Hämtad 26 December 2021 från: <https://www.hlr.nu/utbildningsprogram/>

Holmberg, M. J., Issa, M. S., Moskowitz, A., Morley, P., Welsford, M., Neumar, R. W., Paiva, E. F., Coker, A., Hansen, C. K., Andersen, L. W., Donnino, M. W., Berg, K. M., Böttiger, B. W., Callaway, C. W., Deakin, C. D., Drennan, I. R., Nicholson, T. C., Nolan, J. P., O’Neil, B. J., ... Wang, T.-L. (2019). Vasopressors during adult cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*, 139, 106–121. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.04.008>

Holmgren, J., & Kraft, M. (2017). A global nursing framework in the Swedish Red Cross undergraduate nursing program. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(3) 167–174. doi:10.1177/2057158517741268

International Council of Nurses. (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Rev.utg.). Svensk sjuksköterskeförening

Jensen, A., Bonnén, K. B., and Kristiansen, M. (2020). “We don’t talk about his heart”: Narrative sense-making and long-term readjustment among older out-of-hospital cardiac arrest survivors and their spouses. *Resuscitation Plus*, 3, 100024–100024. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2020.100024>

Joinson C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 1992;22(4):116–122. doi: 10.1097/00152193-199204000-00035

Jonsson, A. & Segesten, K. (2004). Daily stress and conception of self in Swedish ambulance personnel. In *Prehospital and Disaster Medicine* (Vol. 19, Issue 3, p. 226–). <https://doi.org/10.1017/S1049023X00001825>

*Karlsson, M., Karlsson, N. & Hilli, Y. (2019). Ethical dilemmas during cardiac arrest incidents in the patient’s home. *Nursing Ethics*, 26(2), 625–637. <https://doi.org/10.1177/0969733017709337>

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

Lam V. & Hsu C, H. (2020) Updates in Cardiac Arrest Resuscitation. *Emerg Med Clin North Am*. 2020 Nov;38(4):755-769. doi: 10.1016/j.emc.2020.06.003. Epub 2020 Jul 30. PMID: 32981615. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.06.003>

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

*Larsson, R. & Engström, Å. (2013). Swedish ambulance nurses’ experiences of nursing patients suffering cardiac arrest. *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), 197–205. <https://doi.org/10.1111/ijn.12057>

Loomba, S., Nijhawan, K., Aggarwal, S. & Arora, R. R. (2015). Increased return of spontaneous circulation at the expense of neurologic outcomes: Is prehospital epinephrine for out-of-hospital cardiac arrest really worth it? *Journal of Critical Care*, 30(6), 1376–1381. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.08.016>

Mathiesen, W.T., Bjørshol, C. A., Braut, G. S. & Søreide, E. (2016). Reactions and coping strategies in lay rescuers who have provided CPR to out-of-hospital cardiac arrest victims: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(5), e010671–e010671. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010671>

Milling, L., Kjær, J., Binderup, L.G., Schaffalitzky de Muckadell, C., Havshoj, U., Christensen, H., Christensen, E., Touborg Lassen, A., Mikkelsen, S. & Nielsen, D. (2022). Non-medical factors in prehospital resuscitation decision-making: a mixed-methods

systematic review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* **30**, 24 (2022).
<https://doi.org/10.1186/s13049-022-01004-6>

*Milling, L., Binderup, L. G., de Muckadell, C. S., Christensen, E. F., Lassen, A., Christensen, H. C., Nielsen, D. S. & Mikkelsen, S. (2021). Documentation of ethically relevant information in out-of-hospital resuscitation is rare: a Danish nationwide observational study of 16,495 out-of-hospital cardiac arrests. *BMC Medical Ethics*, *22*(1), 1–82. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00654-y>

Møller, T.P., Hansen, C. M., Fjordholt, M., Pedersen, B. D., Østergaard, D. & Lippert, F. K. (2014). Debriefing bystanders of out-of-hospital cardiac arrest is valuable. *Resuscitation*, *85*(11), 1504–1511.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.08.006>

*Nordby, H. & Nøhr, Ø. (2012). The Ethics of Resuscitation: How Do Paramedics Experience Ethical Dilemmas when Faced with Cancer Patients with Cardiac Arrest? *Prehospital and Disaster Medicine*, *27*(1), 64–70.
<https://doi.org/10.1017/S1049023X1200026X>

Nyström, M., & Herlitz, J. (2016). Möte mellan två kunskapsområden. I B-O. Suserud & L. Lundberg (red.). *Prehospital akutsjukvård* (2. uppl., ss. 15-20). Liber AB.

Panchal, A.R., Berg, K.M., Hirsch, K.G., Kudenchuk, P.J., Del Rios, M., Cabañas, J.G., Link, M.S., Kurz, M.C., Chan, P.S., Morley, P.T., Hazinski, M.F. & Donnino, M.W. (2019). American Heart Association Focused Update on Advanced Cardiovascular Life Support: Use of Advanced Airways, Vasopressors, and Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation During Cardiac Arrest: An Update to the American

Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum (Hillsdale)*, *53*(4), 466–480. <https://doi.org/10.1111/nuf.12274>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins.

Porzer, M., Mrazkova, E., Homza, M. & Janout, V. (2017). Out-of-hospital cardiac arrest. *Biomedical Papers*, *161*(4), 348–353. <https://doi.org/10.5507/bp.2017.054>

Prioriteringsdelegationen (2001). *Prioriteringar inom vården - Perspektiv för politiker, profession och medborgare* (SOU 2001:8). Fritzes offentliga publikationer.
<https://www.regeringen.se/49b6c2/contentassets/05988c7faece4f5fbd778e5123d01866/prioriteringar-i-varden>

Rainer, J., Schneider, J.K. & Lorenz, R.A. Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *J Clin Nurs*. 2018; *27*: 3446– 3461. <https://doi.org/10.1111/jocn.14542>

Ranola, P., Merchant, R. M., Perman, S. M., Khan, A. M., Gaieski, D., Caplan, A. L., and Kirkpatrick, J. N. (2015). How long is long enough, and have we done everything we should?-Ethics of calling codes. *Journal of Medical Ethics*, *41*(8), 663–666.
<https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101949>

Rantala, A., Ingoldsson, A., and Persson, E. I. (2019). “We are already person-centred in our practice”-A Qualitative Study of Ambulance Clinicians’ Experiences of Person-Centred Care. *Healthcare(Basel)*, 7(4), 115–. <https://doi.org/10.3390/healthcare7040115>

Renkiewicz, G. & Hubble, M.W. (2021). Secondary Traumatic Stress in Emergency Services Systems (STRESS) Project: Quantifying and Predicting Compassion Fatigue in Emergency Medical Services Personnel. *Prehospital Emergency Care*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/10903127.2021.1943578>

Ringh, M., Rosenqvist, M., Hollenberg, J., Jonsson, M., Fredman, D., Nordberg, P., Järnbert-Pettersson, H., Hasselqvist-Ax, I., Riva, G. & Svensson, L. (2015). Mobile-Phone Dispatch of Laypersons for CPR in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *The New England Journal of Medicine*, 372(24), 2316–2325. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1406038>

Riksföreningen för ambulanssjuusköterskor och Svensk sjuusköterskeförening. (2020). *Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuusköterska med specialistsjuusköterskeexamen med inriktning mot Ambulanssjukvård*. Hämtad 25 nov, 2021 från <https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-sjuuskoterskor-inom-ambulanssjukvard>

Sandman, L. & Bremer, A. (2016). Etik inom ambulanssjukvården. I B-O. Suserud., & L. Lundberg (Red.) *Prehospital akutsjukvård*. (s. 26-30). Stockholm: Liber.

Santonocito, C., Ristagno, G., Gullo, A. & Weil, M.H. (2013). Do-not-resuscitate order: a view throughout the world. *Journal of critical care*, 28(1), 14-21. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.0.005>

SFS (2008:355). *Patientdatalag*. Hämtad 29 jan, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

SFS (2010:659). *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 29 jan, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS (2017:30). *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 14 dec, 2021, från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30

SFS 2019:964. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 25 mar, 2022, från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Sheatzadeh, S. (2014). Cardiopulmonary Resuscitation in Patients With Terminal Illness: An Evidence-Based Analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 14(15), 1–38.

Sherbino, J., Guru, V., Verbeek, R.P. & Morrison, L. J. (2000). An analysis of dilemmas posed by prehospital DNR orders. *The Journal of Emergency Medicine*, 15(1),109-111. [https://doi.org/10.1016/S0736-4679\(96\)00250-8](https://doi.org/10.1016/S0736-4679(96)00250-8)

Shields, A., & Flin, R., (2013), Paramedics, non-technical skills: a literature review. *Emergency Medical Journal*, 30, 350-354. Doi: 10.1136/emmermed-2012-201422

Sjölin, H., Lindström, V., Hult, H., Ringsted, C., and Kurland, L. (2015). What an ambulance nurse needs to know: A content analysis of curricula in the specialist nursing programme in prehospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 23(2), 127–132. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.09.002>

SOSFS 2009:10. Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. Hämtad 23 november, 2020, från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/200910-om-ambulanssjukvard-m.m/>

SOSFS (2011:7). Socialstyrelsens allmänna råd. *Livsuppehållande behandling*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2011-6-26.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Att mötas i hälso- och sjukvård – Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-1-5.pdf>

Stockholms läns landsting. (2020). Medicinska behandlingsriktlinjer: ambulanssjukvården 2020. [Htps://vardgivarguiden.se/globalassets/administration/patientadministration/prehospitalvard/ambulanssjukvard/medicinska-behandlingsriktlinjer-for-ambulanssjukvarden.pdf](https://vardgivarguiden.se/globalassets/administration/patientadministration/prehospitalvard/ambulanssjukvard/medicinska-behandlingsriktlinjer-for-ambulanssjukvarden.pdf)

Strömsöe, A., Svensson, L., Axelsson, Å. B., Claesson, A., Göransson, K. E., Nordberg, P. & Herlitz, J. (2015). Improved outcome in Sweden after out-of-hospital cardiac arrest and possible association with improvements in every link in the chain of survival. *European Heart Journal*, 36(14), 863–871. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu240>

Sophiahemmets högskola. (2021). Utbildningsplan. *Specialistsjuksköterskeprogrammet - inriktning ambulanssjukvård, 60 högskolepoäng. Avancerad nivå*. Sophiahemmets högskola. <https://www.shh.se/sv/utbildningar/avancerad-niva/inriktning-ambulanssjukvard/specialistsjukskoterskeprogrammet-inriktning-ambulanssjukvard-utbildningsplan/>

Svenska Hjärt-Lungräddningsregistret. (2021). Årsrapport för År 2020.

Svenska Läkaresällskapet Svensk sjuksköterskeförening Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2021). *Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR) 2:a upplagan* (2021) version 2.0.

Svensk Sjuksköterskeförening. (SSF). (2016). *Värdegrund för omvårdnad* (Rev.utg.)

Svensk sjuksköterskeförening. (SSF). (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Su, J.J., Masika, G.M., Paguio, J.T. & Redding, S.R. (2020). Defining compassionate nursing care. *Nursing Ethics*, 27(2), 480–493. Doi: 10.1177/0969733019851546

*Torabi, M., Borhani, F., Abbaszadeh, A. & Atashzadeh-Shoorideh, F. (2018). Experiences of pre-hospital emergency medical personnel in ethical decision-making: a qualitative study. *BMC Medical Ethics*, 19(1), 95–95. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0334-x>

UCLA Center for prehospital care. *What's the Difference Between an EMT and a Paramedic?* Hämtad 27 januari, 2022, från <https://www.cpc.mednet.ucla.edu/node/27>

Udo, C. (2020). Personcentrerad vård. I *Vårdhandboken*. Hämtad, 20 mars, 2022 från <https://www.varhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-vard-ochomsorg/bemotande-i-vard-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-var>

Vicente, V., Josefsson, R., Rentzhog, H. & Weiner, M. S. (2020). Cross-cultural encounters in prehospital care: An analysis of interviews with Swedish ambulance nurse specialists about their experience with ethnic minority patients. *International emergency nursing*, 50, 100805. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100805>

*Waldrop, D., Clemency, B., Lindstrom, H. A. & Cordes, C. C. (2015). “We Are Strangers Walking Into Their Life-Changing Event”: How Prehospital Providers Manage Emergency Calls at the End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(3), 328–334. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.03.001>

Waldrop D., McGinley J., Dailey M., Clemency B. Decision-Making in the Moments Before Death: Challenges in Prehospital Care. *Prehosp Emerg Care*. 2019 May-Jun;23(3):356-363. doi: 10.1080/10903127.2018.1518504.

Watson, J. (2010). *Postmodern nursing and beyond*. Boulder: Watson Caring Science Institute.

Watson, J. (2012). *Human caring science: theory of nursing*. (2nd ed). Jones & Bartlett learning.

Wiklund Gustin, L & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur & Kultur

Willman. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (4., [rev.] uppl.). Studentlitteratur.

Winther-Jensen, M., Kjaergaard, J., Hassager, C., Bro-Jeppesen, J., Nielsen, N., Lippert, F. K., Køber, L., Wanscher, M. & Søholm, H. (2015). Resuscitation and post resuscitation care of the very old after out-of-hospital cardiac arrest is worthwhile. *International journal of cardiology*, 201, 616–623. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.08.143>

Wireklint Sundström, B. & Dahlberg, K. (2011). Caring assessment in the Swedish ambulance services relieves suffering and enables safe decisions. *International Emergency Nursing*, 19(3), 113–11

World Medical Association. (2018). *Declaration of Helsinki-Ethical principles for medical research involving human subjects*. . Hämtat 21 Jan 2022 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

BILAGOR

Bilaga A Granskningsmall

Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, (2011).

Klassificering utifrån Polit & Beck (2021) (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/tvårsnittsstudie (IE); innehåller ingen intervention, samband studeras.
- Retrospektiv studie/fall-kontroll studie; jämförelser mellan fall och kontroller (R).

Kvalitativa studier:

- 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).

Frågor för kvalitetsbedömning Beskriv kortfattat egen bedömning

Poäng. Nej=0, Delvis=1 och Ja=2

Frågor för kvalitetsbedömning	Beskriv kortfattat egen bedömning
1. Återspeglar titeln studiens innehåll? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)	

2. Har författarna publicerat något inom samma eller närliggande område?	
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)	
	Total (Max 36poäng)

Mycket god kvalitet, 29-36 poäng

God kvalitet, 20-28 poäng

Låg kvalitet, <20 poäng

Referenser

Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. *Nurse education today*,

Polit, D. F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Lippincott Williams & Wilkin

Bilaga B Artikelmatris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/ Poäng
Anderson, N.E. et al 2018 Nya Zeeland (3)	Beyond prognostication: ambulance personnel's lived experiences of cardiac arrest decision-making	Att undersöka ambulanspersonals beslut att påbörja, fortsätta, avstå eller avbryta återupplivningsförsök på patienter vid prehospitalt hjärtstopp.	Semistrukturerade intervjuer med en tolkande, fenomenologisk analys.	N=16	Fem st huvudfynd, 1. Intryck före ankomst. 2. Omedelbara intryck på plats. 3. Få ihop hela bilden. 4. Upphörande av återupplivning 5. Osäkerhet	Mycket god kvalitet. 30 poäng
Anderson, N.E. et al 2017 New Zeeland (6)	Grey areas: New Zealand ambulance personnel's experiences of challenging resuscitation decision-making	Studien har ett utförarperspektiv på kognitiva, känslomässiga och fysiska krav associerade med beslutsfattande runt hjärt-lungräddning.	Semistrukturerade intervjuer med kvoturval, analyserade tolkande fenomenologisk analys.	N=16	Fyra st huvudfynd 1. Gråzoner 2. Exceptionella fall 3. Utmaningar i miljön 4. Individuella reaktioner	Mycket god kvalitet. 30 poäng
Anderson, N. et al 2020 Nya Zeeland (11)	When resuscitation doesn't work: A qualitative study examining ambulance personnel preparation and support for termination of resuscitation and patient death	Att identifiera och beskriva ambulanspersonals förberedelser och supportmekanismer kring beslutsfattande vid hanteringen av prehospitalt återupplivning eller dödsfall.	Intervjuer med fokusgrupper som bestod av senior ambulanspersonal som arbetar med klinisk utbildning och handledarroller.	N=20	Deltagarna upplevde att professionell och personlig upplevelse av döden och döendeprocessen, samt positiv social modellering med hjälp av mentorer var av vikt för att förbereda ambulanspersonal för att avsluta återupplivningsförsök och att kunna hantera dödsfall. Ambulanspersonalen hade idiosynkratiska upplevelser av döende patienter. Viktiga stödfaktorer ansågs vara	Mycket god kvalitet. 30 poäng

					back-up på plats eller per telefon, samt informella stödsamtal efteråt.	
Brandling, J. et al 2017 UK (12)	Emergency medical service provider decision-making in out of hospital cardiac arrest: an exploratory study	Att utforska faktorer som påverkar ambulanspersonal i UK, vid beslut att påbörja eller avsluta prehospitäl återupplivningsförsök.	Fyra fokusgrupper diskuterade 4 olika scenarion för att undersöka beslutsfattande inom gruppen. Tematisk analys av transkript.	N=16	Man fann 3 steg i beslutsprocessen; själva utlarmningssamtalet, anländandet på plats och riktlinjerna/ protokollet. Influera faktorer påverkar vid alla tre steg och kan leda till olika beslut och behandlingsförfarande. Faktorerna är: tillgänglig fakta/information, strukturella faktorer som riktlinjer, direktiv och forskning; kulturella övertygelser, relationer till andra, riks faktorer, personliga värderingar	Mycket god kvalitet. 30 poäng
Bremer, A. et al 2012 Sverige (2)	Balancing between closeness and distance: Emergency Medical Services personnel's experiences of caring for families at Out-of-Hospital cardiac arrest and sudden death	Att analysera ambulanspersonals upplevelser av att ta hand om familjen till patienter som fått hjärtstopp och plötslig död.	Kvalitativ intervjustudie med ett hermeneutisk livsvärldsperspektiv.	N=10	Fyra st huvudfynd: 1. Svårigheter att ta hand om anhöriga 2. tolkande och känslomässig balans, 3. Att identifiera sig med anhöriga, en existentiell flexibilitet och flykt 4. styrkor och svagheter hos evidensbaserad kunskap	Mycket god kvalitet. 34 poäng
Charlton, K. et al 2019 UK (8)	Phenomenological study exploring ethics in prehospital research from the paramedic's perspective: experiences from the Paramedic-2	Att undersöka paramedics upplevelser kring etik och forskning i relation till Paramedic-2 studien, en randomiserad kontrollstudie med	Semi-strukturerade djupintervjuer med tolkande, fenomenologisk analys.	N=6	Tre huvudteman identifierades; (1) moral/ etik (2) känslor och (3) acceptansen av motsats/jämnvikt i behandlingsterapierna	Mycket god kvalitet. 30 poäng

	trial in a UK ambulance service	syfte att jämföra adrenalin mot placebo vid prehospitalt hjärtstopp.				
Davey, P. et al 2016 New Zealand (5)	Exploring New Zealand paramedic attitudes towards advance directives: An ethical analysis	Att belysa och undersöka underliggande värderingar som influerar praktiska beslut om vård vid komplexa situationer.	En explorativ, tolkande studie genom användandet av 'Values Exchange', ett web-baserad verktyg runt att fatta etiska beslut i kontroversiella fallscenarion i livets slutskede. Fritextfälten bearbetades genom kvalitativ innehållsanalys	N=18	3st huvudfynd 1. Rättssäkerhet 2. Konstruktioner av rättigheter och värdighet 3. Söka lösningar som stödjer klinisk praxis	Mycket god kvalitet. 30 poäng
Fernández-Aedo, I. et al 2017 Spanien (1)	A qualitative study about experiences and emotions of emergency medical technicians and out-of-hospital emergency nurses after performing cardiopulmonary resuscitation resulting in death	Att undersöka upplevelser, känslor och copingstrategier bland ambulanspersonal och akutsjuksköterskor efter att ha utfört prehospitall HR som resulterat i dödsförklaring av patienten	En explorativ kvalitativ studie. 7 emergency medical technicians och 6 akutsjuksköterskor utvalda genom non-probability sampling. Möten ägde rum till dess att datamättnad skedde efter 6 individuella intervjuer och en fokusgrupp. Intervjuerna transkriberades och en induktiv analys av innehållet gjordes.	N=13	Tre st huvudfynd: 1. personliga upplevelser vid ej lyckad HLR. 2. Svårigheter att kommunicera med anhöriga till patienten med misslyckad HLR: 3. Svårigheter att hantera misslyckad HLR på barn och yngre vuxna.	God kvalitet 28 poäng
Grudzen, C-R. et al. 2009 USA (7)	Paramedic and Emergency Medical Technicians Views on Opportunities and Challenges When	Att undersöka paramedic och EMTs perspektiv och beslutsfattande efter en policyförändring	Semistrukturerade fokusgrupper, 6 månader efter policyförändringen trätt i kraft. Datainsamling och	N=36	Deltagarna hade en övervägande positiv åsikt om policyn, vilket gav dem större möjligheter att fatta beslut som gagnade patienten, familjerna,	Mycket god kvalitet. 30 poäng

	Forgoing and Halting Resuscitation in the Field	som tillåter fortsättandet eller avbrytandet av återupplivning vid prehospitalt, icketraumatiskt hjärtstopp.	kvalitativ innehållsanalys med grounded theory. Som teoretiskt perspektiv.		verksamheten och allmänheten.	
Karlsson, N. och Karlsson, M. 2017 Sverige (4)	Ethical dilemmas during cardiac arrest incidents in the patient's home	Att undersöka svenska ambulanssjuksköterskors erfarenheter av etiska dilemman vid hjärtstopp i hemmet hos vuxna patienter.	Intervjuer bearbetade med innehållsanalys.	N=9	Två huvudfynd samt 6st kategorier 1.Plats och lokalisation, skapa ett skyddat utrymme. 2.Etiskt beslutsfattande Skydda patientens integritet och värdighet, skapa ett förtroende till anhöriga, bjuda in anhöriga att delta, kommunikation med anhöriga och etiska resonemang, besluta att påbörja, fortsätta eller att avsluta HLR, att sörja för ett värdigt farväl.	Mycket god kvalitet. 30 poäng
Larson, R. och Engström, Å. 2013 Sverige (9)	Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest	Att beskriva ambulanssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter som fått hjärtstopp.	Intervjustudie med kvalitativ innehållsanalys för att bilda teman.	N=7	Analysen resulterade i sex kategorier; förberedelser för en okänd situation, utförandet av HLR, att få hjälp med bröstkompressorer, ta hand om anhöriga, att befinna sig i etiskt utmanande situationer och reflektion över arbetsinsats och uppföljning.	Mycket god kvalitet. 34 poäng
Millington, L. et al. 2021 Danmark (13)	Documentation of ethically relevant information in out-of-hospital resuscitation is rare: a Danish nationwide observational study	Att undersöka transparens i journaler, runt beslut och etiska överväganden vid prehospitalt återupplivning	En retrospektiv observationsstudie av prehospitalt hjärtstopp, där kvalitativ innehållsanalys gjordes	N=710	Generellt sett var dokumentationen vag och oklar. Fyra olika kategorier av etiskt relevant information identifierades: patientens önskemål och livsperspektiv, anhörigas	Mycket god kvalitet. 30 poäng

	of 16,495 out-of-hospital cardiac arrests		av journalernas fritextfält.		önsknings och perspektiv, vårdpersonalens åsikter och perspektiv samt beslut om OHLR.	
Nordby, H. et al 2011 Norge (10)	The Ethics of Resuscitation: How Do Paramedics Experience Ethical Dilemmas when Faced with Cancer Patients with Cardiac Arrest?	En explorativ studie för att förstå hur ambulanspersonal upplever svåra etiska dilemman vid återupplivning av cancerpatienter.	Kvalitativ studie med naturalistiska, semi-strukturerade intervjuer med en tolkande analys.	N=15	En del ansåg det vara etiskt korrekt att inte återuppliva en patient med en kort, förväntad överlevnad, med dålig livskvalitet och stor sjukdomspåverkan. Denna övertygelse stämde dock inte alltid överens med formella och informella riktlinjer och förväntan hos anhöriga. När dessa dilemman uppstod så förlitade sig en stor del av personalen på råd från medicinska experter, men var även tvugna att fatta egna beslut.	Mycket god kvalitet. 32 poäng
Torabi, M. et al 2018 Iran (15)	Experiences of pre-hospital emergency medical personnel in ethical decision-making: a qualitative study	Att undersöka ambulanspersonals erfarenheter av att fatta etiska beslut	Kvalitativ innehållsanalys av semistrukturerade intervjuer. Deltagarna valdes ut genom kvoturval.	N=14	Tre huvudkategorier med totalt 8 underkategorier; respekt för patientens värdighet, att arbeta professionellt och personliga karaktärsdrag	God kvalitet 26 poäng
Waldrop, D.P. et al 2015 USA (14)	“We Are Strangers Walking Into Their Life-Changing Event’’: How Prehospital Providers Manage Emergency Calls at the End of Life	Att utforska och beskriva hur prehospital sjukvårdspersonal bedömer och handlägger larm där patienten är i livets slutskede	Djupintervjuer som systematiskt kodades och analyserades för att identifiera och beskriva olika teman	N=43	Fyra teman identifierades; 1. Mångfacetterad bedömning med tanke på patient, anhöriga och närmiljö 2. Familjens reaktioner (känslor och beteende) 3. Konflikter, som O-HLR beslut, familjekonflikter 4. Att hantera döendeprocessen, i relation till anhöriga eller beslut att lasta patienten	Mycket god kvalitet. 34 poäng

--	--	--	--	--	--	--

4