

**UPPLEVELSER OCH KONSEKVENSER AV ATT NÄRVARA VID
HJÄRT- LUNGRÄDDNING SOM ANHÖRIG**

En litteraturöversikt

**EXPERIENCES AND CONSEQUENCES OF BEING PRESENT AT
CARDIOPULMONARY RESUCITATION AS A RELATIVE**

A literature review

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 2023-10-27
Kurs: V5KEXA H21SK
Författare: Josef Stjernberg
Författare: Linn Kälvegård

Handledare: Yvonne Börnesdotter
Examinator: Jenny Stern

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Varje år sker cirka 13 000 hjärtstopp i Sverige och det är en av de vanligaste dödsorsakerna internationellt sett. Vid hjärtstopp är hjärt- och lungräddning den främsta åtgärden för att rädda liv. En nyckelaspekt i detta är anhörigas upplevelser. Det finns gott om studier kring hur personal på sjukhus upplever hjärtstopp och hur de upplever anhörigas närvaro. Därav finns betydelse av att belysa anhörigas upplevelser av att bevittna hjärt- och lungräddning.

Syfte

Att belysa upplevelser och konsekvenser av att närvara vid hjärt- och lungräddning som anhörig.

Metod

Denna studie utgjorde en litteraturöversikt innehållande 15 vetenskapliga originalartiklar med såväl kvantitativ som kvalitativ metodik. Systematisk datainsamling skedde genom databassökningar i PubMed och CINAHL. För att bedöma artiklarna tillämpades bedömningskriterier från Sophiahemmet Högskola och resultaten från de inkluderade studierna genomgick en integrerad process för dataanalys.

Resultat

I resultatet identifierades tre kategorier; att få stanna, att bli sedd och att leva vidare. Resultatet visade att det fanns negativa och positiva upplevelser med att närvara under hjärt- och lungräddning. När en överblick gjordes framkom det att anhöriga ville närvara under återupplivningsförsöket. Vissa kände sig respekterade och omhändertagna medan andra kände sig bortglömda och ensamma. En ny vardag utformades för anhöriga efter att ha bevittnat hjärtstopp. Vissa drabbades av symtom som ångest och stress eller utvecklade depression på grund av att inte ha fått närvara under hjärt- och lungräddningen. Andra anhöriga kunde finna stöd i att prata, för att bearbeta händelsen och på nytt kunna uppskatta livet.

Slutsats

Resultatet av litteraturstudien visar att anhöriga i högre grad ville närvara vid hjärt- och lungräddning, snarare än att frånvara. Uppenbart var att flertalet anhöriga upplevde bristande information från vårdpersonalen. En ny vardag utformades, vissa drabbades av depression, ångest och stress medan andra kunde finna ny mening i livet.

Nyckelord: Anhöriga, Hjärt- och lungräddning, Hjärtstopp, Upplevelser.

ABSTRACT

Background

Each year approximately 13,000 cardiac arrests occur in Sweden, and it is one of the most common causes of death internationally. In the event of cardiac arrest, cardiopulmonary resuscitation is the main measure to save life. A key aspect is relatives' experience. There are plenty of studies on how staff in hospitals experience cardiac arrest and how they experience presence of relatives. It is important to shed light on relatives' experiences witnessing cardiopulmonary resuscitation.

Aim

To shed light on the experiences and consequences of being present at cardiopulmonary resuscitation as a relative.

Method

This study constituted a literature review containing 15 original articles with both quantitative and qualitative methodology. Systematic data collection took place through database searches in PubMed and CINAHL. To assess the articles, assessment criteria from Sophiahemmet University were applied, and the results from the included studies underwent an integrated process for data analysis.

Results

Three categories were identified; to stay, to be seen and to live on. It showed both negative and positive experiences in being present. When an overview was made, it emerged that relatives wanted to be present during resuscitation. Some felt respected and cared for, while others felt forgotten and alone. A new everyday life was created for relatives after witnessing cardiac arrest. Some suffered symptoms, as anxiety and stress or developed depression due to not being able to be present. Relatives could find support in talking to someone to process the event and be able to appreciate life again.

Conclusions

Relatives were more likely to be present during cardiopulmonary resuscitation, rather than absent. It was obvious that the majority of relatives experienced lack of information from the healthcare staff. A new everyday life was designed, some suffered from depression, anxiety, and stress while others were able to find new meaning in life.

Keywords: Relatives, Cardiopulmonary resuscitation, Cardiac arrest, and Experiences.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Epidemiologi	1
Cirkulationssystemet i kroppen	1
Hjärtstopp	2
Hjärt- och lungräddning	3
Att vara anhörig vid hjärtstopp	4
Sjuksköterskans professionella ansvar vid hjärtstopp	4
Teoretisk utgångspunkt	6
Problemformulering	7
SYFTE	7
METOD	7
Design	7
Urval	8
Datainsamling	9
Kvalitetsgranskning	12
Dataanalys	12
Forskningsetiska överväganden	13
RESULTAT	14
Att få stanna	14
Att bli sedd	16
Att leva vidare	18
DISKUSSION	20
Resultatdiskussion	20
Metoddiskussion	23
Slutsats	25
Fortsatta studier	25
Klinisk tillämpbarhet	25
Författarnas bidrag	26
REFERENSER	27

BILAGA A - B

INLEDNING

Hjärtstopp sker världen över, i vårt samhälle, i vår närhet och inom olika typer av vårdenheter och nivåer (DiLibero et al., 2021). Varje år drabbas närmare 13 000 svenskar av hjärtstopp (Svenska hjärt- och lungräddningsregistret [SHLR], 2022). I arbetet som sjuksköterska är det tänkbart att möta patienter som drabbas av detta akuta tillstånd. I professionen sjuksköterska ingår ett ansvar riktat till personer som är i behov av vård och även anhöriga (International Council of Nurses, 2021). Att som anhörig bevittna hjärt- och lungräddning väcker vanligtvis många frågor och tankar, vilket gör att stöd från vårdpersonalen behövs.

Författarna till detta arbete har tidigare erfarenhet av att arbeta inom vården, i situationer där anhöriga till patienter som drabbats av hjärtstopp behöver omhändertas. Att belysa och utveckla kunskap inom ämnet är därav något författarna ser som viktigt och intressant inför den framtida yrkesrollen som sjuksköterska. Att få en djupare förståelse av anhörigas upplevelser av att ha bevittnat hjärt- och lungräddning (HLR) kan ge viktig kunskap för hur vården kan vidareutvecklas. Metoden som kommer användas är en litteraturöversikt.

BAKGRUND

Epidemiologi

Årligen drabbas cirka 180 000 personer i USA av hjärtstopp, där motsvarande siffra i Europa är 300 000 personer per år. I Sverige inträffar cirka 6 000 hjärtstopp utanför sjukhus årligen där HLR är påbörjat, motsvarande siffra på sjukhusen är cirka 2 500 fall per år (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2023a). Detta resulterar i att hjärtstopp är en av de vanligaste dödsorsakerna internationellt sett (Jonsson et al., 2021). Vidare forskning visar att den tredje vanligaste dödsorsaken i Europa är hjärtstopp (Perkins et al., 2021). Zimmerman & Tan (2021) beskriver att plötsligt hjärtstopp står för cirka 15–20 procent av alla naturliga dödsfall hos vuxna i Västeuropa och USA. Enligt SHLR (2022) drabbas totalt cirka 13 000 svenskar varje år av hjärtstopp, den siffran är markant högre än personer som dör av en allvarlig cancerform. Överlevnaden efter hjärtstopp på sjukhus var år 2008 26,3 procent, för att år 2021 ha ökat till 35,5 procent. Andelen som överlever och är vid liv mer än 30 dagar efter ett hjärtstopp som sker utanför sjukhus var 2021 10,8 procent (SHLR, 2022). Under en 30-årsperiod mellan 1990 – 2021 visar statistiken att kvinnor som drabbades av hjärtstopp har ökat från 30 till 35 procent (SHLR, 2022). Av alla individer som drabbas av hjärtstopp är cirka 66 procent män och bland människor som är över 80 år gamla utgör män cirka 58 procent (SHLR, 2022). Qvick et al. (2018) beskriver att kvinnor statistiskt sett har större chans till överlevnad 30 dagar efter hjärtstoppet, i jämförelse med män.

Cirkulationssystemet i kroppen

Aldskogius och Rydqvist (2018, s. 268) beskriver att en förutsättning för det mänskliga livet är ett fungerande cirkulationssystem, vilket består av hjärta, blodkärl och blod. Hjärtat kan beskrivas som själva muskelpumpen som driver blodet runt om i kroppens blodomlopp, medan blodkärlen tillser att blodet når ut till kroppens alla celler och vävnader (Aldskogius & Rydqvist, 2018, s. 268). Hjärtat är beläget i mellersta delen av mediastinum, det vill säga området mellan lungorna (Mori et al., 2019) och består av två halvor, där vardera halva innehar varsitt förmak och varsin kammare (Aldskogius &

Rydqvist, 2018, s. 268). Cirkulationssystemet indelas i två kretslopp, systemkretsloppet och lungkretsloppet. Det förstnämnda tillser adekvat cirkulation av kroppens celler, vävnader och organ, medan lungkretsloppet är ett betydligt mindre system som når lungorna där utbyte av exempelvis koldioxid och syre sker för att upprätthålla god syresättning (Aldskogius & Rydqvist, 2018, s. 268).

Lungkretsloppet startar i höger förmak där syrefattigt blod inkommer från två hålvener som leder syrefattigt blod från kroppen och in till hjärtat (Aldskogius & Rydqvist, 2018, s. 268.). Blodet transporteras sedan till höger kammare för att fortsätta genom lungartärer vidare till lungorna. Där sker utbyte av syre, koldioxid och slaggprodukter. När blodet har passerat lungorna är det återigen syrerikt och strömmar genom lungvenor vidare till vänster förmak (Suresh et al., 2016). Vidare kommer blodet till vänster kammare för att slutligen mynna ut i aortan, kroppens stora pulsåder (Aldskogius & Rydqvist, 2018, s. 268). Därvid tar systemkretsloppet an som tillser att det syrerika blodet transporteras genom kroppens artärer vidare ut till kapillärerna, kroppens minsta blodkärl. Där sker utbyte av gaser, närings- och avfallsämnen. Vidare strömmar blodet genom venorna tillbaka mot hjärtat för att slutligen återkomma till hålvenerna (Aldskogius & Rydqvist, 2018, s. 268). I hjärtat finns ett retledningssystem som samordnar kontraktionerna och hjärtrytmen (Boyett et al., 2009), vilket Aldskogius & Rydqvist (2018) beskriver är nödvändigt för att hjärtats muskulatur ska tillse att kroppens vävnader och organ försörjs med en adekvat mängd blod både i vila och vid hård fysisk ansträngning.

Hjärtstopp

Hjärtstopp orsakas vanligen av en hjärtinfarkt (Andersen et al., 2019), vilket innebär att något av hjärtats kranskärl delvis eller helt har blockerats av en blodpropp. Enligt Svenska rådet för hjärt- och lungräddning (2023a) resulterar detta i att syrerikt blod inte längre kan passera hjärtat. Hjärtinfarkten kan leda till att ett elektriskt kaos uppkommer då hjärtats retledningssystem tar skada av syrebristen. Detta orsakar att hjärtat inte längre slår i sin korrekta takt. Konsekvensen blir att hjärtats pumpförmåga upphör, vilket resulterar i att det inte längre pumpas ut blod till kroppens vävnader och organ (Svenska rådet för hjärt- och lungräddning, 2023a). Huang et al. (2014) beskriver att hjärtstopp kan delas in i tre olika typer, beroende på vad det är för typ av elektriskt kaos som uppkommit i hjärtats muskulatur. Dessa tre arytmier är; ventrikeltakykardi, ventrikelflimmer och pulslös elektrisk aktivitet (PEA), vilket inkluderar asystoli. Mehta & Brady (2012) beskriver att PEA är en form av elektrisk aktivitet i hjärtmuskulaturen som inte resulterar i några hjärtslag. Vid asystoli så har den elektriska aktiviteten i hjärtat avstannat helt. Vaquero et al. (2008) beskriver att ventrikelflimmer innebär att ett turbulent flimmer uppkommit i hjärtat, vilket resulterar i att hjärtat slutar pumpa ut adekvat mängd blod till cirkulationssystemet. I stället står hjärtat och ”skakar”. Vidare beskrivs arytmiformen ventrikeltakykardi. Vid denna arytmiform har hjärtfrekvensen blivit så pass snabb att blodcirkulationen upphör, eftersom hjärtat inte längre hinner fyllas på med blod att pumpa ut i cirkulationssystemet (Vaquero, 2008).

Marijon et al. (2016) beskriver vanliga symtom hos personer som drabbats av hjärtstopp. Dessa kan vara bröstsmärtor, dyspné och influensaliknande symtom. Symtomen kan skilja sig beroende på kön. Marijon et al. (2016) beskriver hur män i större utsträckning upplever bröstsmärtor till skillnad från kvinnor, vilka hade mer besvär av dyspné. Reinier et al. (2023) beskriver att ytterligare symtom utöver ovanstående kan vara illamående, kräkningar, yrsel och ovanlig trötthet. Även smärtor i olika delar av kroppen kan

uppkomma, till exempel i nacke, käke, armar och hals. Krampliknande tillstånd kan också förekomma, likväl som medvetandeförlust.

Störst risk att drabbas av hjärtstopp har de individer som sedan tidigare har hjärt-kärlsjukdomar, dock kan sjukdomstillståndet drabba vem som helst utan tidigare förvarning. Ålder, kostvanor, genetik, levnadsvanor och fysisk aktivitet är några av de faktorer som kan påverka risken att drabbas av hjärtstopp (SHLR, 2022). Statistiken visar att medianåldern för hjärtstopp 2021 var 71,5 år, samt att andelen hjärtstopp ökar markant i stigande åldrar (SHLR, 2022). Individer som har diabetes typ ett och två, har en ökad risk att drabbas av hjärtstopp (Ha et al., 2022). Metabolt syndrom är också en riskfaktor för att drabbas av hjärtstopp. I metabolt syndrom ingår sjukdomar som högt blodtryck, fetma och höga kolesterolvärden. Studier har påvisat att människor som har bättre socioekonomiska förhållanden har mindre risk att drabbas av hjärtstopp och har större chans att överleva (Ha et al., 2022).

Hjärt- och lungräddning

Hjärt- och lungräddning (HLR) är en livräddande insats som ges för att upprätthålla hjärtverksamheten på en person som fått hjärtstopp, och därav inte längre har en fungerande andning och cirkulation (Poole et al., 2018). Målet med HLR är enligt Riva & Hollenberg (2021) att uppnå ett adekvat blodflöde till vitala organ tills dess att spontan cirkulation återfås. Enligt Olasveengen et al. (2021) ska HLR påbörjas när en person är medvetslös och inte andas eller har oregelbunden andning.

När en individ drabbats av hjärtstopp är det viktigt att påbörja hjärt- och lungräddning så tidigt som möjligt för att öka chansen för överlevnad (Ong et al., 2018). HLR kan påbörjas av vem som helst i väntan på vidare hjälp (Nordberg et al., 2009). Att påbörja HLR omgående ökar chansen för överlevnad med 2–3 gånger. Varje minut som går utan påbörjad HLR minskar chanserna att överleva med cirka 10 procent (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2023a).

Att utföra HLR innebär att växelvis göra 30 bröstkompressioner följt av två inblåsningar (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2023a). Kompressionstakten skall vara 100–120 tryck/minut med ett djup av 5–6 centimeter, rakt på bröstkorgen (Merchant et al., 2020). Därefter ska två inblåsningar ske. Inblåsningarna ska inte ta längre tid än någon sekund vardera. Att bröstkorgen höjer sig under själva inblåsningen tyder på att en korrekt inblåsning har utförts och att syre har nått lungorna (Merchant et al., 2020).

För privatpersoner finns utbildningar för att lära sig basal HLR, något som bland andra Svenska rådet för hjärt-lungräddning ansvarar för. Det finns även utbildningar som behandlar hjärtstopp som sker på sjukhus, så kallad S-HLR, vilket står för Sjukhus Hjärt- och Lungräddning. Syftet med denna utbildning är att lära sjukhuspersonal att arbeta i grupp och att lära sig sjukhusets larmkedja. Därutöver finns utbildning i avancerad hjärt- och lungräddning, så kallad A-HLR. Denna utbildning är riktad till legitimerad sjukhuspersonal och syftar till att lära deltagarna att självständigt och i grupp behandla hjärtstopp med hjälp av HLR, defibrillator, intubering samt läkemedel. Utöver ovan nämnda utbildningar finns särskilda utbildningar som behandlar hjärtstopp på barn (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2023b).

Att vara anhörig vid hjärtstopp

Socialstyrelsen (2021) beskriver att anhöriga kan definieras som personer inom familjen, bland de närmaste släktingarna eller andra personer som är viktiga för en individ. Att dessa personer synliggörs och inkluderas i vården till den drabbade i största möjliga mån är av stor vikt. Anhöriga kan ha betydelse för patienten i form av stöd, men de kan även ge hjälp till personalen. De kan till exempel ge information kring personens tidigare sjukdomshistorik. Om anhöriga vill delta i vården så kan de hjälpa patienten i situationen, genom att finnas till som ett stöd och därmed hjälpa till i omvårdnaden (Socialstyrelsen, 2021). Genom att vara en del i det sociala systemet, innebär detta också risk att påverkas när en anhörig drabbas av ohälsa (Kinrade et al., 2011). Fysiska reaktioner kan för vissa vara att bli panikslagna, medan andra blir tysta och mer inåtvända (Wiklund Gustin, 2020, s. 193). Det är nästan alltid hälso- och sjukvårdspersonal som möter anhöriga i dessa situationer. Personalen har då ett ansvar för de anhöriga genom att tillse att de blir sedda och får det stöd som krävs för att förhindra ohälsa (Socialstyrelsen, 2021).

När stora omskakande händelser sker kan krisreaktioner uppkomma hos en person (Parsons, 2016). Krisreaktioner samt sorgereaktioner är vanligt förekommande hos människan när stora livsomskakande event sker, vilket kan leda till lidande hos personen och därmed skapa ohälsa. Att en person drabbas av kris innebär att en ny situation inträffar som personen inte har tillräckligt med tidigare kunskap för att kunna hantera eller lösa (Wiklund Gustin, 2020, s. 191). Bleidorn et al. (2018) konstaterar i en studie att svåra situationer som kan ske genom livet kommer att påverka en persons framtida liv. Vidare beskrivs att det kan ske personlighetsförändringar hos en människa efter att ha varit med om en omskakande och svår situation. Wiklund Gustin (2020, s. 191–194) beskriver vidare att olika personer kommer att hantera kriser på olika sätt. Faktorer som påverkar detta är vilken ålder personen har, tidigare erfarenheter och vilken livsfas personen är i. Dessutom beskrivs hur det är av stor vikt att få stöd för att kunna ta sig igenom dessa situationer (Wiklund Gustin, 2020, s. 191).

Sjuksköterskans professionella ansvar vid hjärtstopp

Vid hjärtstopp är det sjuksköterskans uppgift att tidigt starta livräddande insatser i form av HLR för att öka överlevnadschanserna för den drabbade (Guetterman et al., 2019). Vid situationer som dessa är samarbete i team nyckeln till framgång, därav ska en teamledare utses, vilket inte sällan blir en sjuksköterska (Donaldson, 2013, s. 149–150). Denne ska leda processen och tillse att patienten får den vård som är nödvändig fram till att ett akutteam anländer som kan överta vårdandet. Det kan handla om att dela ut uppgifter till personalen på plats, att ge ut tydliga instruktioner samt att tillse att behålla lugnet i en vanligen mycket stressad situation. Sjuksköterskan ska vid hjärtstopp förutom att påbörja HLR, kunna administrera läkemedel, dokumentera tidpunkter för defibrilleringsförsök såväl som givna doser för läkemedel, samt vid vilket klockslag HLR påbörjades (Donaldson, 2013, s. 149 - 151).

Det finns sex kärnkompetenser för sjuksköterskor, vilka ska implementeras i arbetet (Forsberg, 2016, s. 94–95). Samverkan i team är en av sjuksköterskans kärnkompetenser och handlar om att kunna samarbeta mellan vårdens olika professioner. Vid hjärtstopp samlas normalt sett många yrkesroller, såsom undersköterskor, läkare, sjuksköterskor, vårdbiträden med flera. Genom att samarbeta professioner emellan stärks möjligheterna för att tillse att patienten får en god och säker vård (Forsberg, 2016, s 110–117). Säker vård

beskriver Forsberg (2016, s. 143) är en ytterligare kärnkompetens som syftar till skydda människor som är sårbara och riskerar ohälsa. Sjuksköterskan ska arbeta för att förhindra lindande hos patienten och även förhindra vårdlidande för utsatta personer (Forsberg, 2016, s. 144). Vidare beskriver Forsberg (2016, s. 128–129) hur kärnkompetensen evidensbaserad vård blir av stor vikt för att jobba patientsäkert samt bedriva en säker vård. Detta för att vårdbeslut och omvårdnad som sker ska vara baserad på aktuell forskning för att de rätta besluten ska kunna tas, samt att kunna ge en så god vård som möjligt. Informatik beskriver Forsberg (2016, s. 151) är en kärnkompetens som lätt glöms bort men som är av stor vikt, eftersom den bidrar till en bättre och säkrare vård för patienten. Det blir säkrare tack vare en effektiv informationshantering dels mellan vårdprofessioner, dels mellan vårdpersonal och patient eller anhöriga. I kombination med detta beskriver Forsberg (2016, s. 134–137) vikten av att alltid jobba för förbättringskunskap, vilket också är en kärnkompetens. Detta för att vården ska kunna utvecklas till det bättre och kunna uppdatera sina rutiner till nya för att få till en bättre vård.

I sjuksköterskans etiska kod (ICN) beskrivs hur sjuksköterskan har ett ansvar för att se till att patienten och anhöriga blir sedda (International Council of Nurses, 2021). En av sjuksköterskans sex kärnkompetenser är personcentrerad vård, vilken till stor del har mycket gemensamt med ICN:s etiska kod. Såväl den drabbade som anhöriga ska få information så fort som det går och den information som ges ska anpassas till rätt nivå. Sjuksköterskan ska även se till att skapa en miljö där anhörigas värderingar och tankar får kliva fram. Anhöriga ska respekteras och de ska inkluderas som en del i vården och omvårdnaden (Forsberg, 2016, s. 48, 106).

Waldemar och Thylen (2018) beskriver i en studie att sjuksköterskor själva belyser vikten av att kunna personcentrera omvården mot de anhöriga på plats. Vidare beskrivs att sjuksköterskor har delade åsikter när det kommer till huruvida anhöriga ska vara med i rummet eller inte där HLR sker. Ramage et al. (2018) berättar att i en studie som genomfördes där det fanns en vilja från vårdpersonal att kunna involvera och stötta upp familjemedlemmar som befann sig på plats, samt hur en person i teamet kunde avsättas till att vara en så kallad stödperson för de anhöriga. Att kunna vara med dem samt ge dem information kring vad som sker under HLR, samt vikten av utbildning kring att kunna ge omvårdnad till en anhörig ska ingå för en sjuksköterska.

Det finns studier som visar att det finns behov av att bedriva ytterligare forskning kring hur vårdpersonal och anhöriga drabbas av att bevittna återupplivning. Detta behöver göras för att sjukvårdspersonal ska veta hur dessa situationer bäst ska hanteras samt vilka insatser som ska sättas in (Terzi & Aggelidou, 2008). Afzali Rubin et al. (2020) beskriver hur det saknas riktlinjer för anhörigas rätt till att närvara vid HLR. Vidare beskrivs ett globalt begrepp, *family presence during resuscitation* (FPDR), som syftar till just anhörigas närvaro under pågående HLR. I en annan litteraturöversikt av Porter et al. (2013) beskrivs FPDR som ett känt myntat begrepp bland högre uppsatta inom vårdverksamheten. Däremot beskrivs att även om FPDR är känt är det oklart till vilken grad det praktiseras samt implementeras i den dagliga vårdverksamheten.

Vårdpersonalens upplevelser av anhörignärvaro

Det råder splittrade meningar från vårdpersonalens sida gällande anhörignärvaro under återupplivning (Waldemar & Thylen, 2018). Walker (2008) nämner att sjuksköterskor beskriver att anhörigas närvaro kan vara en stressad faktor som ger upphov till att

personalen inte kan fokusera på sitt arbete i den redan stressade situationen. Det beskrivs också att vårdpersonalen har en oro över att få klagomål från anhöriga efter återupplivningen, vilket kan bero på att de saknar kunskap inom området och att missförstånd därav lätt kan uppkomma (Walker, 2008). Andra beskriver att fördelarna överväger nackdelarna och att närvaron hjälper anhöriga i sorgprocessen, vilket därav gör det nödvändigt att de ska få närvara om de vill, oavsett om det upplevs stressade för vårdpersonalen (Porter et al., 2013). Ramage et al. (2018) beskriver att inställningen till anhörignärvaro påverkas av den aktuella situationen och att en individuell bedömning behöver göras vid varje fall. Bidragande faktorer här är exempelvis vilken kompetens personalen har vid det specifika tillfället samt det fysiska utrymme som finns där återupplivningen utspelar sig. Något som är viktigt från vårdpersonalens sida är att när anhöriga närvarar ska det utses en enskild person från personalstyrkan som ska stötta dem, denna person är en så kallad stödperson (Ramage et al., 2018).

Critchell et al. (2007) beskriver att i de fall där anhöriga enligt vårdpersonalen upplevts ha stort arbetet, saknas det belägg för flera andra orosmoment som vårdpersonalen givit uttryck för. Critchell et al. beskriver vidare att anhöriga har en stor tendens för att hålla sig undan för att inte vara i vägen. Generellt sätt beskrivs vårdpersonal med många års erfarenhet inom yrket vara mer bekväma med att stötta anhöriga till skillnad från nyexaminerade (Critchell et al., 2007). Walker (2008) beskriver att prehospitat vårdpersonal i större utsträckning är positiva till anhörignärvaro till skillnad från personal på sjukhus. Detta kan bero på att anhöriga är ett vanligare inslag prehospitat.

Teoretisk utgångspunkt

Roy's adaptionmodell bygger på människans förmåga att kunna anpassa sig i en föränderlig miljö samt att själv kunna hantera förändringar som sker genom livet. Om detta följs kan det hjälpa till att bevara integritet men framför allt hjälpa till med utvecklingen hos en viss individ. Begreppet adaption tolkar Roy som att med hjälp av olika copingstrategier finna en balans i livet. Som sjuksköterska kan detta betyda att hjälpa patienten genom en svår situation, för att kunna hantera den samt att kunna utvecklas som person. Adaption är när grupper eller personer gör aktiva val, för att kunna bevara eller skapa integration (Roy, 2008, s. 16, 26, 27, 28). WHO definierar hälsa som ”ett tillstånd av fullständig fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom” (Folkhälsomyndigheten, 2022). När stora förändringar sker för en individ och hälsan hotas, kan en sjuksköterska behövas för att kunna återfinna balansen i livet och återfå en god hälsa (Roy, 2008, s. 16).

I modellen beskriver Roy hur människan ska ses som en helhet, att människan består av olika system och tillsammans bildar de en helhet. För att lyfta fram människans varande lyfter Roy tre olika system, det biologiska, det psykologiska och det sociala. Dessa system medverkar till att människan ska vara hel och uppnå hälsa (Roy, 2008, s. 32–33). Vidare beskrivs vikten av att sjuksköterskan behöver ha kunskap kring dessa system samt hur de fungerar i vårdprocessen. Roy (2008, s. 57–58) förklarar att fokus ofta ligger hos individen och hur den personen kan kopplas till en grupp, detta kan vara både familj och att vara en del av samhället.

Modellen lyfter även att i miljön runt en människa ingår det som är av stor vikt för en persons existens. Det kan vara livsvillkor eller händelser som inträffar genom livet. Stimuli är någonting som påverkar människan och som finns konstant i en vårdande miljö. Det kan

delas in i olika former, det finns kontextuella, fokala och residuala stimuli. Kontextuella stimuli är påverkan från den yttre miljön, genom stressiga omgivningar, ljud, ljus eller temperaturer. Fokala stimuli orsakas av smärta. Residuala stimuli kommer från personen själv, till exempel värderingar och förhållningsätt. Detta har en inverkan på hur en person väljer att handla eller agera. Det är stimuli som kommer från miljön där adaptation kan ske för en person (Roy, 2008, s. 62–64).

Inom vården kommer sjuksköterskans uppgift bli att underlätta människans samspel med omgivning och miljö, för att främja en god utveckling hos människan samt för att kunna finna välbefinnande (Roy, 2008, s. 46). I svåra situationer som uppkommer kan det bli svårt för personen att adaptera till situationen. En viktig poäng som Roy lyfter är att det är av stor vikt att sjuksköterskor är medvetna om att det inte alltid kommer finnas en balans mellan det fysiska, psykiska och sociala välbefinnandet. Detta betyder att adaptation i detta fall kommer att handla om att göra det bästa i situationen. Sjuksköterskans uppgifter blir att främja personens livskvalité (Roy 2008, s. 55). I den här litteraturöversikten kommer den valda teoretiska utgångspunkten att användas vid diskussion av resultaten. Denna teoretiska utgångspunkt valdes eftersom hjärtstopp är en svår händelse att bevittna och kan vara svår att anpassa sig till som anhörig. Roy's adaptationsmodell beskriver förmågan hos en person att kunna anpassa sig till en viss situation, vilket gör att denna teori kan kopplas till litteraturöversiktens syfte.

Problemformulering

Att drabbas av hjärtstopp är ett allvarligt, livshotande sjukdomstillstånd. Att påbörja hjärt- och lungräddning (HLR) är därav livsavgörande. Sannolikheten att sjuksköterskan någon gång under sitt yrkesliv tar hand om patienter som drabbats av hjärtstopp är relativt hög. Däribland kommer sjuksköterskan även möta patientens anhöriga och de kommer då vara en del av vården. Att involvera de anhöriga i vård- och omsorgsarbetet ligger inom ett av sjuksköterskan professionella ansvarsområden. Att bevittna hjärtstopp kan vara dramatiskt, särskilt för de som aldrig varit med om liknande tidigare. Det saknas tydliga riktlinjer kring hur omhändertagandet ska ske gällande anhöriga. Vårdpersonalen upplever bristande kunskap i hur de ska omhänderta anhöriga i dessa situationer. Genom att ta del av anhörigas upplevelser av att närvara under återupplivning vid hjärtstopp, kan sjuksköterskan erbjuda en bättre omvårdnad och tillse att stöd och tröst ges.

SYFTE

Att belysa upplevelser och konsekvenser av att närvara vid hjärt- och lungräddning som anhörig.

METOD

Design

Författarna till detta arbete har använt en icke-systematisk litteraturöversikt för att sammanställa tidigare publicerade kvantitativa och kvalitativa artiklar inom aktuellt område (Friberg, 2022, s. 142). Att använda sig av såväl kvantitativa som kvalitativa artiklar i denna litteraturöversikt valdes eftersom metoderna resulterar i olika typer av information, vilka kompletterar varandra och ger en nyanserad bild över anhörigas

upplevelse av att närvara vid hjärt- och lungräddning. Kvalitativa studier ämnar studera beteenden, åsikter och fenomen, till skillnad från kvantitativa metoder, vilka syftar till att studera och analysera numeriska data för att få fram variabler och samband, vilket leder till att resultatet kan generaliseras och därmed appliceras till en bred population (Kristensson, 2014, s. 56–57, 115–118). Detta innebar en genomgång av den forskning som redan finns till förfogande, för att se vad som tidigare har studerats inom aktuellt omvårdnadsområde. Därefter valdes 15 vetenskapliga artiklar ut av författarna till detta arbete (Friberg, 2022, s. 142). En icke-systematisk litteraturöversikt valdes eftersom tiden till förfogande för arbetet var begränsad, vilket gjorde att en systematisk litteraturöversikt skulle ta för lång tid för att hinna slutföras under aktuell tidsram (Kristensson, 2014, s. 152–153). Resultatet från litteraturöversikten kan användas för att identifiera kunskapsluckor inom aktuellt område, det kan även sammanfatta befintlig forskning och förbättra allmän förståelse och medvetenhet kring ämnet. Detta kan i sin tur leda till utveckling av forskningsfrågor och hypoteser (Kristensson, 2014, s.111–112).

Urval

Avgränsningar

I denna litteraturöversikt genomfördes olika avgränsningar i sökandet efter artiklar. Enbart vetenskapliga originalartiklar användes, detta för att dessa värderas högre och har bättre tillförlitlighet än sekundärkällor (Kristensson, 2014, s. 24). En vetenskaplig originalartikel brukar kallas för en primärkälla, vilket är förstahandsinformation skriven av de författare som genomfört själva forskningen (Kristensson, 2014, s. 24). Avgränsningar i form av språk vidtogs, vilket innebar att artiklar på engelska användes för att uppnå så hög kvalitet som möjligt. Vidare även för att flertalet av vetenskapliga artiklar som publiceras är skrivna på engelska. Artiklar som använts kommer ha varit peer reviewed, vilket innebär att artikeln tillhör en högre standard och en högre kvalitet för att den är granskad av andra forskare inom området (Segesten, 2022, s. 66–67). En funktion i CINAHL möjliggjorde att databassökningen endast framhöll artiklar som var peer reviewed. Detta i jämförelse med PubMed där denna funktion inte existerar, vilket resulterade i att författarna till detta arbete manuellt behövde granska valda artiklar från PubMed, för att tillse att dessa var peer reviewed. Vidare uteslöts studier som var äldre än tio år. Enligt Kristensson (2014, s. 162) ökar denna avgränsning tillförlitligheten i litteraturöversikten genom att enbart inkludera aktuell forskning.

Inklusionskriterier

Enligt Kristensson (2014, s. 156) ska inklusionskriterier utgå från de olika komponenter som ingår i syftet för litteraturöversikten. I litteraturöversikten inkluderades artiklar som beskriver patienter vilka drabbats av hjärtstopp som inträffat såväl hospitalt som prehospitalt. Detta för att få olika synvinklar från anhöriga samt för att inkludera tillräckligt många studier inom aktuellt område. Gällande individer som drabbats av hjärtstopp inkluderades personer som var över 18 år och studier med både män och kvinnor. I litteraturöversikten inkluderades såväl kvantitativa som kvalitativa studier, dock inkluderades främst kvalitativa studier eftersom syftet var att belysa upplevelser och konsekvenser (Kristensson, 2014, s. 116). För att artikeln skulle uppfylla kraven för inklusion granskades delar av artikeln, som exempelvis titel och abstract. Enbart studier i fulltext inkluderades för att möjliggöra en så noggrann granskning som möjligt. Enbart

artiklar med etiskt godkännande inkluderades eftersom dess etiska försvarbarhet är ett viktigt forskningsetiskt ställningstagande i arbeten som litteraturöversikter (Kristensson, 2014, s. 55).

Exklusionskriterier

Barn (individer under 18 år) som drabbats av hjärtstopp exkluderades i litteraturöversikten. Anledningen till detta var dels att HLR som genomfördes på individer under 18 år skiljer sig i jämförelse med HLR som sker på vuxna, dels för att mycket av den statistik som författarna använde utgår från individer över 18 år. Artiklar som ej innefattade anhörigas perspektiv exkluderades då syftet med artikeln var att belysa upplevelser och konsekvenser av att närvara vid hjärt- och lungräddning som anhörig. Även artiklar som var reviews uteslöts då dessa baseras på andra vetenskapliga artiklar och ej får ingå i resultatet. En artikel uteslöts då den var inriktad på trauma, den uteslöts eftersom fokus i artikeln lades på skillnaden mellan återupplivning efter hjärtstillestånd och återupplivning på traumaoffer. Flertalet artiklar exkluderades då fokus var lagt åt vårdpersonalens upplevelser av att anhöriga bevittande eller var med i rummet vid pågående HLR, detta besvarar ej syftet för litteraturöversikten. Enligt Kristensson (2014, s. 72) används exklusionskriterier för att hitta mer ämnesspecifika artiklar kopplade till syftet.

Datainsamling

Författarna till arbetet använde sig av två olika databaser när artikelsökningar genomfördes, dessa var PubMed och CINAHL. PubMed tillhandahåller över 25 miljoner referenser inom hela det biomedicinska området, däribland det omvårdnadsvetenskapliga området. Artiklar kan på denna plattform hittas med start från år 1966 och framåt (Karlson, 2017, s. 83). Vidare har databasen CINAHL använts i denna litteraturöversikt. CINAHL tillhandahåller material i form av bland annat omvårdnadsvetenskapliga artiklar. Databasen innehåller mer än 5 400 tidskrifter och materialet är på denna plattform till största del på engelska (Karlson, 2017, s. 82). Författarna optimerade sökstrategierna genom att använda de Booleska operatorerna "AND" och "OR" som Kristensson (2014, s. 161) beskriver. Operatoren "AND" användes för att möjliggöra kombinationen av två sökord med varandra. Operatoren "OR" användes för att kunna söka på närliggande begrepp. Genom användning av dessa operatörer ökar databassökningens sensitivitet vilket bidrar till en bättre och bredare sökning. Kristensson (2014, s. 161) beskriver att när en litteraturöversikt genomförs är det nästan i princip omöjligt att inte använda sig av de Booleska operatörerna.

Relevanta ämnesord relaterat till litteraturöversiktens syfte användes i sökningarna. För att hitta aktuella artiklar till litteraturöversikten har författarna använt sökord utifrån MeSH (Medical Subject Headings) i PubMed. I ett första steg identifierades sökord med syfte att finna artiklar till studiens syfte. Dessa var hjärtstopp, familj, anhöriga och hjärt- och lungräddning. För att sedan finna rätt ämnesord för att kunna genomföra en korrekt sökning användes Svensk MeSH (Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket, u.å.). Sedan användes även CINAHLs egna version Subject Headings och PubMeds MeSH databas. Ämnesord som fanns i PubMed var *Resuscitation*, *Heart arrest*, *Family* och *CPR*. Vidare ämnesord som fanns i CINAHL var *Family*, *Heart arrest* och *Extended family*. Andra steget i litteratursökningen var att författarna kontaktade en bibliotekarie vid Sophiahemmets Högskola för att få stöd i sökstrategier och ämnesord. Under mötet med bibliotekarien uppkom nya förslag på ämnesord som kunde användas i databassökningen.

Dessa var *Cardiopulmonary resuscitation*, *Out-of-hospital cardiac arrest*, *Bystander CPR*, *Family presence*, *Professional-family relations* och *Advanced Cardiac Life Support*.

Fyra sökningar genomfördes i PubMed, varvid den första sökningen byggdes genom att använda MeSH-termerna *Resuscitation*, *Cardiopulmonary resuscitation*, *Heart arrest* och *Out-of-hospital cardiac arrest*. I kombination med title/abstract-sökning användes dessutom *Heart arrest*, *Cardiac arrest*, *Bystander cpr* samt *CPR* i ett block. Sökblocket byggdes vidare med MeSH-terminen *family* i kombination med title/abstract-sökning av *Family presence*. Den andra sökningen i PubMed gjordes sedan där ovanstående block kombinerades med MeSH-terminen *Professional-family relations*, varvid antalet träffar minskade från 669 till 97. I en tredje sökning i PubMed användes MeSH- termen *Resuscitation* i ett block, detta kombinerades med två block till. Det andra blocket innehöll title/abstract sökorden *Experience*, *Perception*, *Feel*, *Attitude* och *Witness*. Mellan dessa användes operatoren OR. Dessa ord använde en trunkering, för att få fram olika böjningsformer på de valda orden. Detta kan bredda sökningen och möjliggöra fler artiklar som kan passa till ämnet, ordet avslutas med tecknet * som trunkering (Östlundh, 2022, s. 94). I det sista blocket användes MeSh Major Tpoic med sökordet *Family/psychology*. Dessa tre block slogs ihop och söktes med AND. I den sista och fjärde sökningen i PubMed gjordes en sökning i fritext med sökningen *Family witnessed cardiac arrest*, vilket resulterade i 109 träffar. Av dessa träffar inkluderades ytterligare en artikel. Dessutom gjordes databassökning i CINAHL. I ett första block kombinerades följande Subject headings (MH); *Resuscitation*, *Advanced Cardiac Life Support*, *Bystander CPR* och *Heart arrest*. Dessa kombinerades med ett andra block bestående av följande subject headings: *Family* och *Extended family*. Dessa block kombinerades slutligen med *Professional-Family relations*, även dessa subject headings, se tabell 1.

Tabell 1. Redovisning av datainsamling i PubMed och i CINAHL

Datum	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
230907 PubMed Sökning 1	Resuscitation [MeSH Terms] OR Cardiopulmonary resuscitation [MeSH Terms] OR Heart arrest [MeSH Terms] OR Out-of-hospital cardiac arrest [MeSH Terms] OR Heart arrest [Title/Abstract] OR Cardiac arrest [Title/Abstract] OR Bystander cpr [Title/Abstract] OR CPR [Title/Abstract] AND Family [MeSH Terms] OR Family presence [Title/Abstract]	10 år Engelska	669	10	2	2
230907 PubMed Sökning 2	Professional-family relations [MeSH Terms] AND Resuscitation [MeSH Terms] OR Cardiopulmonary resuscitation [MeSH Terms] OR Heart arrest [MeSH Terms] OR Out-of-hospital cardiac arrest [MeSH Terms] OR Heart arrest [Title/Abstract] OR Cardiac arrest [Title/Abstract] OR Bystander cpr [Title/Abstract] OR CPR [Title/Abstract] AND Family [MeSH Terms] OR Family presence [Title/Abstract]	10 år Engelska	97	20	5	3
230911 PubMed Sökning 3	Resuscitation [MeSH] AND Experience*[Title/Abstract] OR Perception*[Title/Abstract] OR Feel*[Title/Abstract] OR Attitude*[Title/Abstract] OR Witness*[Title/Abstract] AND Family/psychology"[MAJR]	10 år Engelska	100	5	3	3
230912 PubMed Sökning 4	Fritext: Family witnessed cardiac arrest	10 år Engelska	109	1	1	1
230907 CINAHL Sökning 1	[MH] "Resuscitation" OR [MH] "Resuscitation, Cardiopulmonary" OR [MH] "Advanced Cardiac Life Support" OR [MH] "Bystander CPR" OR [MH] "Heart arrest" AND [MH] "Family" OR [MH] Extended family" AND [MH] "Professional-Family Relations"	10 år Engelska Peer-review	82	5	1	1
Manuell sökning		10 år Engelska		5	5	5
Totalt			948	39	17	15

Manuell sökning

Utöver ovanstående sökmetoder har författarna använt sig av litteratur- och referenslistor i aktuella artiklar samt gjort manuella sökningar för att inhämta fler källor, vilket har gett en bred överblick kring valt område (Karlson, 2017, s. 87). I det manuella sökandet undersöktes om litteraturöversikter med syfte liknande det författarna till detta arbete ämnar undersöka fanns bland tidigare artiklar skrivna av studenter från Sophiahemmet Högskola. I sökandet upptäcktes en nyligen skriven litteraturöversikt av studenter från högskolan, med ett väl passande syfte likt det författarna till detta arbete ämnade att undersöka. Totalt hittades i detta arbete fem artiklar som inkluderades till denna litteraturöversikt. Dessa var; Carlsson et al., 2022; De Stefano et al., 2016; Jabre et al., 2014; Kurtoğlu Çelik et al., 2013; Fernández et al., 2021.

Kvalitetsgranskning

Att genomföra en kvalitetsgranskning är viktigt eftersom det i en litteraturöversikt finns miljontals artiklar av olika kvalitetsnivå (Kristensson, 2014, s. 164). Kristensson beskriver hur genomförandet av en kvalitetsgranskning är avgörande för trovärdigheten av litteraturstudien samt att resultatet av studien baseras på primärkällor (Kristensson, 2014, s. 165). I detta arbete genomfördes en kvalitetsgranskning av de inkluderade artiklarna enligt *Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag som avser vetenskaplig klassificering gällande studier med kvalitativ och kvantitativ metod*. Bedömningsunderlaget för kvalitetsgranskningen är utformat och modifierat av Willman et al. (2016), samt Berg et al. (1999). Innehållet i bedömningsunderlaget består av ett antal kriterier och frågor för olika studier, innefattande såväl kvantitativ som kvalitativ metodansats. Syftet med dessa var att lägga en grund för att bedöma utvalda artiklarnas kvalitet samt för att enligt Kristensson (2014, s. 165) genomföra en strukturerad och systematisk granskning av valda artiklar. I bedömningsunderlaget användes en tregradig skala: hög kvalitet (I), medel kvalitet (II) samt låg kvalitet (III), se bilaga A. De 15 slutliga vetenskapliga originalartiklarna i denna litteraturöversikt granskades av författarna till arbetet och då tillämpades bedömningsunderlaget som nämnts ovan. Fjorton av dessa uppfyllde kriterierna för hög kvalitet (I), medan en artikel uppfyllde kriterierna för medelhög kvalitet (II). Författarna började granskningsprocessen genom att läsa samtliga artiklar för att sedan diskutera kvalitén gemensamt. Artiklar som uppfyllde kriterierna för låg kvalitet (III) uteslöts medan artiklar av medel kvalitet (II) och hög kvalitet (I) inkluderades efter gemensam granskning av båda författarna. Att artiklar med låg kvalitet (III), vilket var tre, uteslöts, berodde på att det ansågs finnas tillräckligt med andra artiklar av högre kvalitet att inkludera i arbetet, vilka skulle tillföra mer och dessutom vara av högre klass.

Dataanalys

I denna litteraturöversikt användes en integrerad analys. Denna analys innebär enligt Kristensson (2014, s. 174) ett sätt att kunna sammanställa ett resultat i en litteraturöversikt. Att använda denna typ av analys möjliggör att kunna presentera resultatet på ett överskådligt sätt, detta görs enklast genom tre olika steg. I ett första steg lästes de 15 inkluderade artiklarna och därefter jämfördes vilka likheter och skillnader som fanns mellan resultaten i de olika artiklarna. I steg två identifieras olika kategorier för att sammanfatta resultaten i artiklarna där de relaterar till varandra. I det sista steget sammanställdes alla slutliga resultat och placerades i de olika kategorierna. Dessa kategorier användes för att göra underrubriker som användes i resultatredovisningen (Kristensson,

2014, s. 174). Författarna gick till väga så att ett gemensamt digitalt dokument skapades där samtliga 15 inkluderade vetenskapliga artiklar skrevs ned. Sedan lästes resultatet tillsammans igenom i varje artikel. Därefter skrev författarna en sammanfattning av resultatet från varje enskild artikel för att därefter jämföra likheter mellan resultatet i de olika artiklarna. När skillnader och likheter hittades färgkordinerades dessa för att lättare hålla dem isär. Efter detta steg kunde olika kategorier framhållas samt subkategorier identifieras. Efter detta steg togs resultaten från det separata dokumentet vidare och skrevs om till resultatdelen av denna litteraturöversikt.

Forskningsetiska överväganden

Det finns ett antal internationella riktlinjer som handlar om forskningsetik, däribland det forskningsetiska styrdokumentet Helsingforsdeklarationen, som World Medical Association (WMA) framtagit (2018). Helsingforsdeklarationen innehåller internationella riktlinjer som är framtagna för forskning som involverar människor. I riktlinjerna är en av många grundpelare att hänsyn alltid i första hand ska tas till individen, för att därefter se till vetenskapens och samhällets intressen (Sandman & Kjellström, 2018, s. 374).

Nürnbergskodexen är ett annat exempel på en internationell riktlinje som behandlar forskningsetik. Koden kom till efter andra världskriget på grund av hur människor behandlades kränkande under dåtidens forskning (Sandman & Kjellström, 2018, s. 374). Nürnbergskodexen innehar etiska principer, bland andra informerat samtycke och deltagarens rätt till att avbryta samtycke till deltagande i studien, vilka ska följas då medicinsk forskning och studier som behandlar människor genomförs (Sandman & Kjellström, 2018, s. 374).

När en litteraturöversikt genomförs finns det centrala etiska principer och riktlinjer att förhålla sig till. Etikprövningslagen (SFS 2003:460) beskriver att uppsatser som skrivs på grundläggande nivå inte behöver genomgå en etisk prövning. Sandman & Kjellström (2018, s. 371) beskriver hur forskningsetiken handlar om de etiska överväganden som kontinuerligt sker genom hela litteraturöversikten. Däribland innefattas att den forskning som gjorts måste innefatta ett syfte där ett ansvar tas för samtliga deltagare. Dessa ska behandlas med respekt och hänsyn skall tas till individens autonomi. Informerat samtycke ska även vara givet. Resultatet som framkommer av forskningen ska förvaras på ett korrekt och etiskt sätt (Sandman & Kjellström, 2018, s. 390).

Enligt Etikprövningslagen (SFS 2003:460) behöver forskare skicka in en etikansökan inför ett kommande forskningsprojekt (Kristensson, 2014, s. 54). Etiska överväganden är också av stor vikt vid studier som innefattar litteraturöversikter, där författarna till arbetet har granskat och sammanställt andra forskares studier utefter deras etiska förhållningssätt i studien (Kristensson, 2014, s. 49). För att värna om såväl anhörigas integritet och anonymitet, likväl som de drabbades, genomfördes denna litteraturöversikt på ett ansvarsfullt och förtroendeingivande sätt. Forskningsetiska aspekter begrundades noggrant. Polit & Beck (2021, s. 151) beskriver hur plagiering och falsifiering är exempel på när den forskningsetiska koden inte efterföljs. I denna litteraturöversikt har därav oredligheter som dessa undvikits, liksom felaktigt dokumenterat resultat av andras arbeten, fabricering (Polit & Beck, 2021, s. 151). För att litteraturöversikten skulle hålla sig sanningsenligt till de olika inhämtade källorna användes en korrekt referenshantering utifrån Sophiahemmet modifierade American Psychology Association (APA)-mall (Sophiahemmet Högskola, 2022).

Vid litteraturoversikter finns risken att författarnas kunskaper i det engelska språket är bristande, likväl som bristande metodologiska kunskaper. Detta skulle kunna resultera i att resultatet blir snedvridet och missvisande (Kjellström, 2017, s. 65–66). Författarna har i tveksamma fall samtalat med handledare eller stämt av med varandra för att i största möjliga mån undvika detta.

RESULTAT

Syftet med denna litteraturoversikt var att belysa upplevelser och konsekvenser av att närvara vid hjärt- och lungräddning som anhörig. Litteraturoversikten är baserad på 15 vetenskapliga originalartiklar. I resultatet formulerades tre kategorier och till dessa tillkom sex subkategorier. Den första kategorin var *Att få stanna*, under denna finns subkategorierna positiva upplevelser och negativa upplevelser av att närvara. Den andra kategorin var *Att bli sedd*, vars subkategorier är relationen mellan anhöriga och vårdpersonal samt information från vårdpersonal till anhöriga. Den sista kategorin var *Att leva vidare* och subkategorier var hälsa och känslor i efterförloppet samt en ny vardag. Dessa kategorier återfinns i tabell 2 och en mer djupgående beskrivning finns under respektive rubrik nedan.

Tabell 2. Överblick av kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
<i>Att få stanna</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Positiva upplevelser - Negativa upplevelser
<i>Att bli sedd</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Relationen mellan anhöriga och vårdpersonal - Information från vårdpersonal till anhöriga
<i>Att leva vidare</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hälsa och känslor i efterförloppet - En ny vardag

Att få stanna

Att få stanna beskriver de positiva och negativa upplevelser som uppkommit efter att ha närvarat vid HLR i situationer där en anhörig drabbats och HLR påbörjats. Under denna kategori lyftes olika positiva och negativa upplevelser med att stanna.

Positiva upplevelser

Studier visar att anhöriga som närvarat under HLR upplevde detta som positivt eftersom de på så sätt kunde se att allt som kunde göras för personen faktiskt gjordes, oavsett utgången (Carlsson et al., 2022; Fernández et al., 2021; De Stefano et al., 2016; Kurtoğlu et al., 2013; Sak-Dankosky et al. 2019; Waldemar et al., 2023). Sak-Dankosky et al. (2019) beskrev i sin studie att anhöriga upplevde det positivt att närvara under återupplivningen trots att de var medvetna om brutaliteten av att bevittna HLR. Att fatta beslut på egen hand huruvida man ville närvara eller ej var av största vikt för anhöriga i studien.

Vissa anhöriga upplevde att deras närvaro hjälpte på så sätt att de kunde ge medicinsk information till vårdpersonalen om patienten, eftersom de kände denne bäst, vilket kunde optimera vården (De Stefano et al., 2016). Anhöriga beskrev även att närvaron ledde till att de med egna ögon kunde bevittna vårdpersonalens starka insatser för att rädda den drabbade, vilket ledde till att det var lättare att acceptera den plötsliga döden (De Stefano et al., 2016). Pendlandet mellan liv och plötslig förlust innebar att gå mellan att känna hopp och förtvivlan under HLR (Carlsson et al., 2022). I en studie gjort av Zali et al. (2017) beskrivs hur mer än hälften av de anhöriga ansåg att närvaro vid HLR var en självklar rättighet, och att anhöriga strävar efter närhet under återupplivningen. Även Fernández et al. (2021) beskriver att anhöriga upplevde det som etiskt rätt att få närvara under återupplivningen. Kurtoğlu et al. (2013) beskriver i sin studie att en majoritet av de anhöriga skulle vilja ha fysisk kontakt med patienten, exempelvis genom att hålla hand. I en annan studie av De Stefano et al. (2016) beskrivs hur vissa anhöriga kände att de ville närvara vid HLR även om det kunde upplevas utmanande. Närvaron var viktigt för att de ville vara med sin anhöriga ända in i livets slut om så skulle ske, för att de hade närvarat vid andras dödstillfällen tidigare i livet (De Stefano et al., 2016). Att närvara under återupplivningen var för många anhöriga positivt ur den aspekten att de kände sig inkluderade och kände en trygghet i att se allt som skedde. Att vara med från första början och genom hela processen ledde för många anhöriga till att bearbetningsprocessen blev lättare (Waldemar et al., 2023).

Negativa upplevelser

Att bevittna HLR väckte många känslor hos anhöriga (Carlsson et al., 2022; Fernández et al., 2021; De Stefano et al., 2016; Masa Deh et al., 2013; Sak-Dankosky et al., 2019; Wallin et al., 2013). Vissa anhöriga behöll negativa bilder och minnen av att ha bevittnat HLR. En anhörig beskriver hur hon tyckte att det såg väldigt obehagligt och aggressivt ut när vårdpersonalen utförde HLR, hon upplevde det som ett övergrepp på hennes man (De Stefano et al., 2016). Masa Deh et al. (2013) beskriver att anhörigas brist på kunskap (medicinskt) kunde resultera i ett överdrivet hopp om att deras anhörige skulle överleva. Det kunde också resultera i att de ej uppfattade allvaret i situationen, vilket kunde resultera i att det blev svårare för sjukvårdspersonalen att sedan berätta om utfallet.

Masa Deh et al. (2013) beskriver hur anhöriga som deltog under HLR uppfattade det som en skrämmande upplevelse. Vidare beskrivs hur anhöriga tyckte att den plats som de placerats på i rummet där återupplivningen skedde, var alldeles för litet och inte anpassat utefter deras behov. De kunde därifrån inte se vad som hände. Även Sak-Dankosky et al. (2019) bekräftar i sin studie att anhöriga ansåg att en bättre organisation av utrymmet i rummet för återupplivningen borde ske. Wallin et al. (2013) beskriver i sin studie att anhöriga upplevde återupplivningen som hemsk och att det inte fanns någon mening med

det som hade skett. Vidare beskrev flera anhöriga känslan av hjälplöshet. Waldemar et al. (2023) beskriver i sin studie hur anhöriga upplevde det svårt att se sin anhörige drabbas av hjärtstopp och att närvara under HLR. Det beskrevs att en sådan situation inte var något som gick att förbereda sig på. Bristen av kontroll var ångestframkallande och skrämmande. Anhöriga beskrev i studien av De Stefano et al. (2016) hur de hade en önskan om att skydda sig själva från återupplivningen och dess traumatiska upplevelse. De beskrev att de inte ville uppleva mer trauman än det de precis upplevt, att se sin anhöriga kollapsa rakt framför dem. Waldemar et al. (2023) beskriver i sin studie hur anhöriga, genom att delta under vårdprocessen, kunde upptäcka fel. Detta kunde till exempel vara att de på patientens övervakningsmonitor kunde se hur hjärtrytmen ändrade sig långt innan vårdpersonalen reagerade och agerade. Detta resulterade i känslan av missnöjdhet och anhöriga ansåg att personalen var ouppmärksam. Masa´Deh et al. (2013) beskrev i sin studie hur anhöriga som närvarade under återupplivningen blev tillsagda att lämna rummet, vilket de själva ansåg stred mot deras natur. Trots att de var medvetna om att de inte kunde hjälpa till under vårdprocessen var det för dem en självklarhet att få vara närvarande. Att då bli tillsagd att lämna rummet var negativt och något som skapade oro.

Att bli sedd

Att bli sedd beskriver anhörigas upplevelser av bemötandet som vårdpersonalen givit dem i de situationer en anhörig drabbats av hjärtstopp och HLR påbörjats. Att bli sedd beskriver även anhörigas upplevelse av bristfällig information från vårdpersonalen vid dessa tillfällen.

Relationen mellan anhöriga och vårdpersonal

Att bli omhändertagen och respektfullt behandlad då anhöriga bevittnade återupplivning beskrevs som ett stort behov, något som anses vara viktigt för såväl de anhöriga själva som i allmänhet (Carlsson et al., 2022; Masa´Deh et al., 2013; Sak-Dankosky et al., 2019; Waldemar et al., 2023). I en studie gjord av Carlsson et al. (2022) beskrev anhöriga hur de ville känna sig omhändertagna av vårdpersonalen och att de ville känna sig respekterade. I studien lyftes ett exempel på detta när sjukvårdspersonal frågade en dotter om hon ville närvara inne på salen om hennes mamma drabbades av ett nytt hjärtstopp. Dottern ville vänta utanför, vilket hon fick. Det gjorde att hon kände sig sedd och respekterad för att personalen dels hade ställt frågan, dels lyssnat in hennes svar. Vidare i studien beskrevs fall där personen som drabbats av hjärtstopp dog, i dessa fall beskrev anhöriga att deras önskan var att vårdpersonalen i stället skulle lägga fokus på dem. Att få stöd i situationen ansågs nödvändigt. Detta kunde till exempel vara att få ställa frågor, få något att dricka eller att inte bli lämnad ensam i situationen. Vissa anhöriga kände att detta implementerades och de kände sig därmed omhändertagna av personalen, medan andra kände hur personalen fick dem att känna att de var i vägen och inte respekterades (Carlsson et al., 2022). Masa´Deh et al. (2013) beskriver hur flertalet anhöriga upplevde utanförskap eftersom vårdpersonalen inte gav dem tillräckligt med stöd. Flera anhöriga upplevde även att sättet som vårdpersonalen informerade dem om var olämpligt och icke empatiskt. I en studie gjord av Waldemar et al. (2023) beskrev anhöriga hur de förutom känslan av maktlöshet, kände hur de inte hade chansen att inkluderas i de beslut som fattades under återupplivningen. De upplevde att vårdpersonalen inte brydde sig om dem och att de ansågs oviktiga. Sak-Dankosky et al. (2019) beskriver i sin studie hur anhöriga ofta såg sig själva som en börda inför personalen. En förståelse fanns för att de hade mycket att göra

och att de var upptagna med att ge vård till patienten, dock var inte det något som borde hindra dem från att hitta en sekund att tänka på familjen.

Anhöriga upplevde att vårdpersonalens små gester som blickar, fysisk beröring och känslan av att bli sedd betydde mycket. Att få personalens stöd resulterade i kontroll och tillit (Waldemar et al., 2023). Stödet som anhöriga fick från sjukvårdspersonalen under återupplivningen bidrog till sinnesro (Fernández et al., 2021). Att vara närvarande beskrev anhöriga gav en känsla av engagemang i situationen, en sorts falsk känsla av att de hade ett inflytande (Sak-Dankosky et al., 2019). I de fall svar saknades var det viktigt att vårdpersonalen visade empati och agerade på ett respektfullt sätt. I de fall svar inte gavs på anhörigas frågor och där anhöriga upplevde att personalen inte ansträngde sig för att ge dem svar, ansågs det som sårande och respektlöst (Carlsson et al., 2022). Anhöriga beskrev att läkare och sjuksköterskor borde vara mer samarbetsvilliga mot familjen. De ansåg att läkare och sjuksköterskor betedde sig som om de hade kraftfulla positioner gentemot de anhöriga och patienten, vilket upplevdes som fruktansvärt. Att få vara med och bestämma tillsammans med vårdpersonalen var viktigt för anhöriga. I allmänhet tyckte de att vårdpersonalen borde kunna se dem mer som partners än som fiender. Ofta upplevdes att vårdpersonalen missförstod anhörigas känslor (Carlsson et al., 2022).

Flera anhöriga upplevde att vårdpersonalen kände sig osäkra i de situationer då anhöriga närvarade under återupplivningen. Detta eftersom personalen, enligt anhöriga, hade bristande kunskaper i hur dem skulle omhändertas i sådana situationer (Sak-Dankosky et al., 2019). Känslan av att upplevas oviktig infanns hos många anhöriga. De förstod inte varför vårdpersonalen undvek att samtala med dem, att möta deras känslor och eller att bara samtala lätt om hur de upplevt situationen (Waldemar et al., 2023). Anhöriga beskriver vidare hur de ville dela med sig av sina tankar och känslor till personalen, men att de sällan fick möjlighet till detta. Trots att anhöriga såg sig själva som viktiga i sammanhanget upplevde dem sig ignorerade och oviktiga, vilket skapade känslor som otrygghet och maktlöshet (Waldemar et al., 2023).

Information från vårdpersonal till anhöriga

I en studie av De Stefano et al. (2016) beskriver anhöriga hur de upplevde den medicinska informationen från vårdpersonalen. De flesta tyckte att personalen var duktiga på att förklara vad som hände och att de var tydliga med var de sa. En anhörig beskrev i studien hur hon upplevde att vårdpersonalen noga förklarade för henne vad som skedde genom hela processen.

I en studie gjord av Sak-Dankosky et al. (2019) beskrev anhöriga hur vårdpersonalen dolde viktig information, medan anhöriga menade att allt som egentligen behövde göras var att ge okomplicerad information om patientens tillstånd. Enligt Carlsson (2022) ansåg anhöriga att utebliven uppföljning av information var respektlöst och sårande. Enligt Sak-Dankosky et al. (2019) beskriver anhöriga att informationsgivning skulle hjälpa dem avsevärt i att hantera rädslan för det okända. Vidare beskriver Sak-Dankosky et al. (2019) att det var viktigt för anhöriga att den givna informationen inte enbart bör vara heltäckande och sann, utan även väl förklarad, vilket den sällan var. En anhörig beskrev att hon definitivt skulle vilja att någon kom fram efteråt och berättade exakt vad som hade hänt. Anhöriga var oroliga över huruvida vårdpersonalen skulle meddela om deras anhörig drabbades av hjärtstopp och HLR påbörjades. En anhörig beskrev att det är deras rättighet att få veta sådana saker. Vidare beskrev en anhörig att hon var övertygad om att personalen

inte skulle informera henne, även om hon var på sjukhuset när det inträffade (Sak-Dankosky et al., 2019).

Waldemar et al. (2023) beskriver i sin studie hur anhöriga inte upplevde sig omhändertagna av personalen. De upplevde en brist i kommunikationen och att ingen berättade för dem hur tillståndet på deras anhörige faktiskt låg till. En anhörig beskrev hur vårdpersonalen ledde henne förbi rummet där hennes far låg och återupplivades. Ingen hade tidigare berättat för henne att läget var så pass allvarligt. Wallin et al. (2013) beskriver i sin studie att anhöriga uttryckte ett missnöje och frustration över bristande information från vårdpersonalen, dels under återupplivningen, dels vid uppföljning och även i den fortsatta vården. Carlsson et al. (2022) beskriver i sin studie hur anhöriga drabbades av panikkänslor då de inte hade kontroll över situationen och att vårdpersonalens bristande förmåga att ge ut information ledde till förtvivlan. Att bli kvarlämnad med obesvarade frågor innebar att familjemedlemmarna fick leva med tvivel och tankar på saker som inte hade sagts eller gjorts.

Waldemar et al. (2023) beskriver i sin studie hur brist i kommunikation var en vanlig förekommande faktor mellan anhöriga och vårdpersonal i situationer där återupplivning skedde. Exempelvis nämns hur en man satt utanför en sal där hans hustru hade drabbats av hjärtstopp och där vårdpersonalen arbetade med återupplivning. Mannen fick ingen information av vårdpersonalen om hur tillståndet för frun var, trots att lång tid hade gått. Efter en stund kom läkaren ut med ett kuvert, mannen var övertygad om att där i låg smycken från hans numera avlidna hustru, men så var inte fallet. I stället kom läkaren för att berätta att hustrun överlevt och ville överlämna hennes smycken för att försäkra sig om att de inte skulle försvinna (Waldemar et al., 2023).

Att leva vidare

Att leva vidare beskriver anhörigas upplevelser att kunna leva vidare i livet efter hjärtstopp på en anhörig. Detta dels i form av hälsa och känslor i efterförloppet, dels hur en ny vardag kan se ut.

Hälsa och känslor i efterförloppet

Studier som inkluderats har påvisat hur vissa anhöriga utvecklat symtom som påminner om eller liknar posttraumatisk stress disorder [PTSD] efter att ha bevittnat HLR. Studierna påvisade att anhöriga som fick närvara under pågående HLR hade utvecklat mindre PTSD liknande symtom i efterförloppet i jämförelse med de som inte närvarande (Jabre et al., 2013; Jabre et al., 2014; Soleimanpour et al., 2017). Dessa symtom kunde till exempel vara depression, ångest eller stress (Jabre et al., 2014; Jabre, 2013; Leske et al., 2017; Soleimanpour et al., 2017). Till skillnad från en artikel av Erogul et al. (2020) där de kunde påvisa att det fanns ett samband mellan att anhöriga bevittnade HLR och efter en månad ha utvecklat PTSD liknande symtom. Jabre et al. (2014) beskriver att genom att låta anhöriga själva bestämma om de ville närvara eller inte vid HLR, kunde resultera i att sorgprocessen blev lättare och att psykisk ohälsa kopplat till traumatisk sorg minskade. En studie gjord av Metzger et al. (2019) påvisade hur symtom på depression var 17 procent högre och ångest 13 procent högre hos anhöriga som bevittnat återupplivning, i jämförelse med de som inte bevittnat.

I en studie gjord av Carlsson et al. (2022) beskrevs att anhöriga vanligtvis hade många tankar och funderingar i efterförloppet, där flertalet av dessa var obesvarade. Detta berodde dels på att vissa frågor var existentiella och inte hade något tydligt svar, medan andra frågor gick att få svar genom att samtala med vårdpersonalen. Masa Deh et al. (2013) beskriver i sin studie att anhöriga kunde samlas och be för såväl situationen som helhet som för specifika frågor, och därmed få tröst. Carlsson et al. (2022) beskriver i sin studie att anhöriga sökte tröst i efterförloppet genom att ha tankegången att det var bättre för den anhörige att dö direkt, till skillnad från att överleva men att då ha drabbats av permanenta skador som skulle göra livet mindre tillfredställande. Anhöriga ansåg att döden var en naturlig del av livet, något som skulle hända alla. När den plötsliga döden dock infann sig var sorgen kraftig och situationen oväntad. Anhöriga beskrev det obegripligt hur en person plötsligt kunde upphöra att existera. Den plötsliga döden resulterade i att anhörigas medvetenhet om livet, hälsotillståndet och tillvaron för dem själva och andra anhöriga ökade (Carlsson et al., (2022).

En ny vardag

Tiden efter hjärtstoppet resulterade i en ny vardag som kunde upplevas svår och annorlunda för anhöriga (Carlsson et al., 2022, De Stefano et al., 2016; Waldemar et al., 2023). Waldemar et al. (2023) beskrev i sin studie hur det var att lära sig leva igen samt hur de anhöriga kunde förstå ett existentiellt hot som skett i deras vardag. Anhöriga berättade hur de upplevde att deras frihet hade försvunnit ur deras liv. Anhöriga kände ett ständigt behov av att behöva finnas i närheten för att kunna stötta familjemedlemmen. De behövde anpassa sina egna liv och sitt schema för att vara nära den anhöriga. I de fallen anhöriga inte kunde närvara eller var frånvarande en kortare period, resulterade det senare i att skuld känslor uppkom. En anhörig beskrev hur livet då styrdes av rädsla och ångest för att ett nytt hjärtstopp skulle drabba personen, vilket slutade i att anhöriga blev överbeskyddande (Waldemar et al., 2023).

En annan förändring i vardagen som Waldemar et al. (2023) beskriver i sin studie var att relationen inom familjen kunde förändras efter händelsen. Vissa familjer upplevde att de inte kunde prata om händelsen för att det var ett laddat och jobbigt minne. Det kom även fram att både familjemedlemmarna och den drabbade ville skydda varandra från att återuppleva händelsen igen och därav valt att inte ta upp ämnet. För vissa familjer var de tvärtom om, de upplevde att de kunde prata om händelsen. Anhöriga kände att de även kunde prata med andra personer utanför familjen, till exempel vänner, kollegor eller skolpersonal. De kände att genom att prata om händelsen igen kunde de bearbeta händelsen och vad som faktiskt hänt. I studien berättar en mamma hur det konstigt nog var hjärtstoppet på hennes son som ökade livskvaliteten hos henne. Detta för att hon fick upp ögonen för att ta vara och njuta av varje dag som går. I de fall anhöriga tidigare föreställt sig bilden av att förlora en anhörig, var hjärtstoppet något som kom plötsligt och utan förvarning. Detta ledde till att det var svårt att acceptera att döden infann sig från ingenstans (Waldemar et al., 2023).

Carlsson et al. (2022) beskriver i sin studie att vissa anhöriga hade kvarstående frågor, de kunde i efterförloppet börja analysera sig själva. Vissa beskrev hur de började fundera över om de hade gjort någonting fel eller om de skulle ha gjort någonting annorlunda. De uttryckte även behovet av att få prata med vårdpersonal kring dessa frågor och funderingar. De Stefano et al. (2016) redogjorde i sin studie hur anhöriga som förlorat en anhörig som drabbats av hjärtstopp och inte fick vara med i rummet under pågående HLR, hade det

svårt med sorgprocessen långt efter dödsfallet. Anhöriga berättade hur de inte fick vara med i rummet av vårdpersonal och därav inte fick säga farväl till sina anhöriga på det sätt de hade velat. Långt efter dödsfallet var detta något som återkom i tankarna och gjorde att sorgprocessen blev svårare. I studien gjord av Masa'Deh et al. (2013) berättade anhöriga om vikten av att de fick ställa frågor samt att kunna få dem besvarade och inte bli lämnad undrandes och tvekande.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Litteraturöversiktens syfte var att belysa upplevelser och konsekvenser av att närvara vid hjärt- och lungreddning som anhörig. Femton vetenskapliga originalartiklar utgjorde grund för genomförd integrerad dataanalys för att kunna besvara syftet. Resultatet av litteraturöversikten presenterades i form av tre kategorier med subkategorier till vardera del. Den första kategorin var *Att få stanna*. Under denna kategori redovisades positiva och negativa upplevelser efter att ha närvarat vid återupplivningen av en anhörig. Den andra kategorin var *Att bli sedd*, under vilken relationen mellan vårdpersonal och anhöriga redovisades, liksom information från vårdpersonal till anhöriga. Den sista kategorin var *Att leva vidare*, där redovisades hälsa och känslor i efterförloppet samt upplevelsen av en ny vardag efter händelsen. De fynd som hittades i denna litteraturöversikt kommer att diskuteras med stöd av Roy's adaptationsmodell, som bygger på människans förmåga att kunna anpassa sig i en föränderlig miljö samt att även själv kunna hantera förändringar som sker genom livet (Roy, 2008, s. 16).

Resultatets första kategori *Att få stanna*, visade att anhöriga som bevittnat återupplivning upplevde det såväl positivt som negativt. Huruvida händelsen orsakade en positiv eller negativ inverkan tros ha flera bakomliggande faktorer. Högre utbildningsnivå ansågs vara en skyddande faktor för att minska risken att i efterförloppet drabbas av depression och ångestsyndrom. I flertalet studier framkommer hur anhöriga ansåg det vara en självklarhet att närvara vid återupplivningen. I en litteraturöversikt gjord av Toronto & LaRocco (2019), framkommer liknande resultat i linje med denna studies resultat. Anhöriga beskriver även i studien av Toronto & LaRocco (2019), hur de ansåg det som en grundläggande rättighet att närvara under återupplivningen. Anhörigas närvaro ansågs generellt sett bidra till att en förbättrad upplevelse av situationen, i jämförelse med att inte närvara.

Anhöriga som närvarat under HLR upplevde detta som positivt eftersom de då hade möjlighet att med egna ögon se att allt som kunde göras för personen faktiskt utfördes, oavsett utgången. Att närvara under återupplivningen var för många anhöriga positivt eftersom de kände sig inkluderade och upplevde trygghet i att se vad som skedde. Likande fynd gjordes i en studie gjord av Hung et al. (2011), där majoriteten av anhöriga i studien hade ett önskemål om att få närvara under HLR om möjligheten gavs. Att vara med från första början och genom hela processen ledde för många anhöriga till att bearbetningsprocessen blev lättare. Detta kan även liknas med Roy's teori där de beskrivs att en person kan behöva använda olika copingstrategier för att kunna hantera en situation (Roy 2008, s 322). Att anhöriga fick se hela processen blev en form av copingstrategi för att kunna hantera situationen men även kunna bearbeta den. Anhöriga upplevde även att de kunde ge stöd till vårdpersonalen i form av att berätta om patientens tidigare sjukdomshistorik, vilket kunde underlätta arbetet för personalen. Socialstyrelsen (2021)

stärker detta påstående och beskriver hur anhöriga kan ha betydelse för patienten i form av stöd, men även genom att delge personalen tidigare sjukdomshistorik. Socialstyrelsen (2021) beskriver vidare vikten av att anhöriga synliggörs och inkluderas i vården. I denna litteraturöversikts resultat fann man skillnader mellan könen och viljan att närvara. En större andel kvinnliga familjemedlemmar beskrev hur de ville närvara, till skillnad från männen där intresset inte var lika stort. Gemensamt var att anhörigas bakgrund inverkar på upplevelsen av att närvara under återupplivningen, och den efterföljande sorgeprocessen.

I händelsen av hjärtstopp påverkas inte enbart den drabbade, utan även anhöriga kan bli lidande, såväl psykiskt som fysiskt (Rojas et al., 2023). I resultatets andra kategori *Att bli sedd* framkommer att kommunikationen från vårdpersonal till anhöriga upplevdes bristande på flera sätt. Afzali Rubin et al. (2020) beskriver att det saknas riktlinjer för hur anhöriga ska omhändertas i sådana situationer. I denna litteraturöversikts resultat framkom att bristen av kommunikation kunde leda till känslor av ovisshet och rädslor för det okända. En central aspekt i denna studies resultat, var anhörigas vädjan om förbättrad kommunikation, där vårdpersonalens fokus borde riktas till anhöriga likväl som till den drabbade. Att inte bli lämnad i situationen, att få stöd och att få frågan om hur man mår beskrevs vara exempel på hur anhöriga ville omhändertas i samband med återupplivningen. I sjuksköterskans etiska kod beskrivs hur sjuksköterskan har ett ansvar för att tillse att anhöriga blir sedda (International Council of Nurses, 2021). Ett särskilt fokus borde därför läggas vid bemötandet av just anhöriga, såväl under som efter avslutad återupplivning. I litteraturöversiktens resultat framkom hur vissa anhöriga behöll negativa minnen och bilder av att ha närvarat under återupplivningen, vissa upplevde det som övergrepp på deras anhörige. Considine et al. (2022) beskriver i sin litteraturöversikt att familjemedlemmar som närvarat under återupplivning hade blandade känslor. Vissa upplevde närvaron som negativ och drabbades till exempel av depression, ångest och symtom på PTSD. Detta är till viss del i linje med denna litteraturöversikts resultat, där en av studierna (Erogul et al., 2020) påvisade att symtom som dessa kunde finnas som konsekvens av att ha närvarat. Vissa anhöriga upplevde närvaron under återupplivningen som en skrämmande upplevelse. Forsberg (2016, s. 128–129) beskriver att en av sjuksköterskans kärnkompetenser är säker vård, där det är sjuksköterskans uppgift att tillse att patienten, likväl som anhöriga inte utsätts för vårdlidande. Stödet från vårdpersonalen under återupplivningen, samt känslan av att bli sedd, resulterade i positiva effekter av anhörigas upplevelser. Det kunde räcka med små gester, blickar eller enbart känslan av att bli sedd, för att anhöriga skulle uppleva sinnesro. Detta är något som författarna till detta arbete drog lärdom av och i sin kommande yrkesroll som sjuksköterskor kommer att sträva efter, att synliggöra anhöriga. I resultatet framkommer att anhöriga påverkas av att deras anhörig råkat ut för ett hjärtstopp och behövt utstå HLR. Roy (2008, s. 62–64) beskrev i sin teori hur detta kallas för fokala stimuli, vilket innebär att någonting påkallar en persons uppmärksamhet. Att till exempel vara på ett sjukhus är någonting som upptar en persons energi och uppmärksamhet, detta för att det finns olika nya främmande intryck runt omkring personen konstant. Detta i kombination med kontextuella stimuli, det vill säga ljuset, temperaturen eller ljudet i ett rum till exempel (Roy, 2008, s. 62–64). Dessa aspekter av stimuli kunde återfinnas i resultatet. Anhöriga berättar hur de befinner sig i en ny, främmande och obehaglig miljö när deras anhörig drabbas av hjärtstopp. I koppling till Roys modell återfinns dessa stimuli och hur de kommer att påverka personens mående samt hur de kan anpassa sig till situationen som de befinner sig i. Ett ytterligare exempel på detta var i en studie av Masa'Deh et al. (2013) där det framkom att på vissa sjukhus fanns det inte tillräckligt med väntrum för anhöriga. Detta gjorde att de hamnade i en ännu mer osäker

miljö och fick mycket nya olika former av intryck och stimuli runt omkring dem som kom att påverka deras mående. De beskrevs även hur en från vårdpersonalen ofta kom ut och informerade anhöriga om hur det gick med insatsen, däremot hände detta ofta i öppna miljöer, runt andra människor och i korridorer.

Denna litteraturöversikt identifierade att flera aspekter behöver tillgodoses för att anhöriga ska uppleva sig sedda vid återupplivningstillfället. Att bli sedd och lyssnad på, samt att involveras i vården, beskrev anhöriga resulterade i en känsla av trygghet. Socialstyrelsen (2021) beskriver att det är vårdpersonalens ansvar att tillse att anhöriga får det stöd som krävs för att förhindra ohälsa. Kopplat till detta beskriver Roy (2008, s. 16) hur en sjuksköterska kan behövas för att hjälpa en person i en föränderlig situation för att bibehålla och bevara hälsa. I resultatet framkommer det att anhöriga vill ha stöd från vårdpersonalen, samt att de som fick de mätte bättre. Anhöriga ansåg sig kunna känna in huruvida vårdpersonalen skulle uppskatta deras närvaro eller inte, vilket gjorde att anhöriga självmant fattade beslutet redan innan de fick frågan av vårdpersonalen. Anhöriga upplevde att vårdpersonalen kände sig osäkra i de situationer då de närvarade. Gemensamt är att vårdpersonalen i ett tidigare skede bör samtala med anhöriga, för att tillsammans diskutera dessa vitala frågeställningar och för att involvera dem i vårdprocessen. Resultatets tredje kategori var *Att leva vidare*. Kategorin visade att en ny vardag utformades efter hjärtstoppet, där många tankar och känslor uppkom. Kvarstående frågor fanns hos vissa anhöriga, där några började analysera sig själva och sin egen insats. Hade de agerat rätt? Wiklund Gustin (2020, s. 191) beskriver det naturligt att drabbas av en krisreaktion i samband med livsomsakande händelser. Faktorer som inverkar på huruvida en individ drabbas av dessa reaktioner är bland annat ålder, livsfas och tidigare erfarenhet av att uppleva liknande situationer (Wiklund Gustin, 2020, s. 191).

Resultatet visade att flera studier kom till slutsatsen att bevittna HLR väckte många känslor hos anhöriga. En del känslor var positiva och för andra var det negativa och svåra känslor som uppstod. I detta sågs ett samband mellan Roy's adaptationsmodell. Modellen bygger på en persons förmåga till anpassning i en föränderlig miljö samt att kunna hantera förändringar som sker genom livet (Roy, 2008, s. 16). Resultatet visade att ha en person i sin närhet som drabbas av hjärtstopp är en stor förändring och något som kan hända när som helst i livet. Flertalet studier i resultatet visade även hur det blev en ny form av vardag för anhöriga efter hjärtstoppet, samt hur den kunde upplevas som svår och framför allt annorlunda. Roy's modell menar att om en person har förmågan att kunna anpassa sig i en föränderlig miljö kan detta hjälpa till med utvecklingen hos en individ (Roy, 2008, s. 16, 26, 27, 28). Roy beskriver även vidare hur en person kan använda olika copingstrategier för att kunna finna en balans i livet. Detta kunde ses i en studie av Waldemar et al. (2023) där anhöriga beskrev hur deras strategi för att bearbeta jobbiga känslor var att prata om det som hade hänt. Genom att göra detta kunde de utvecklas som personer och kunde finna en ny mening i livet.

I en litteraturöversikt gjord av Oczkowski et al. (2015) hittades likande fynd som uppkom i denna litteraturöversikt. Oczkowskis fynd beskriver att sjukhus i Kanada som väljer att implementera att anhöriga ska få närvara under HLR behöver utveckla policyer för hur dessa anhöriga ska bli omhändertagna. Vårdpersonal ska finnas tillgängliga för anhöriga för att kunna stötta dem i en jobbig process. Att anhöriga ska få vara närvarande under HLR ansågs som en viktig punkt och del i patient- och familjecentrerad vård. Likande fynd hittades i denna litteraturöversikt. I resultatet framgår att studier som granskats påvisat att anhöriga som närvarade under HLR upplevde detta som positivt.

Metoddiskussion

Syftet var att belysa upplevelser och konsekvenser av att närvara vid hjärt- och lungräddning som anhörig. För att tillämpa detta valdes en icke-systematisk litteraturöversikt baserat på 15 vetenskapliga originalartiklar. Denna metod valdes eftersom tidsramen för arbetet var kort och enligt Friberg (2022, s. 187) är en icke-systematisk litteraturöversikt inte lika omfattande som den systematiska och tar därmed inte lika lång tid. Rosén (2023, s. 437) beskriver att den icke-systematiska litteraturöversikten inte på samma sätt uppfyller de krav som kan ställas på en systematisk litteraturöversikt. Den icke-systematiska litteraturöversikten kan dock resultera i värdefull information om kunskapsläget kring valt område.

Rosén menar vidare att den systematiska dels följer principer som gör att metoden får mer trovärdighet, dessutom har den tydligare och högre krav på inklusions- och kvalitetskriterier. Vid en icke-systematisk litteraturöversikt krävs också ett strukturerat arbetssätt, vilket kan liknas med den struktur som en systematisk litteraturöversikt innefattar (Kristensson, 2014, s. 151–153). Friberg (2022, s. 187) beskriver vidare kring risken för selektivt urval, vilket kan ske när en studie baseras på få artiklar. Författarna till denna litteraturöversikt hade detta i åtanke under arbetsprocessens gång, vilket tillämpades genom att ha ett objektiva förhållningsätt. De 15 inkluderade artiklarna lästes av båda författarna i fulltext. Därefter diskuterades huruvida dessa besvarade litteraturöversiktens syfte. En utmaning som författarna stötte på under arbetets gång var att flertalet artiklar som passade studiens syfte var litteraturöversikter, vilket gjorde att de inte kunde inkluderas i arbetets resultatdel.

Författarna till denna litteraturöversikt fick stöd från en bibliotekarie vid Sophiahemmets Högskola för att hitta bra sökstrategier och förslag på ämnesord. Mötet med bibliotekarien tyckte författarna var gynnsamt, bibliotekarien gav förslag på ämnesord som författarna inte tidigare hade reflekterat över. Dessutom hjälpte bibliotekarien författarna att skapa en söksträng och bygga block för att framhålla innehållsrika sökningar i databaserna. Kristensson (2014, s. 159–160) beskriver att sökorden ska vara specifika för att irrelevanta artiklar ska exkluderas. I sökningarna användes för det mesta MeSH termer, det vill säga ämnesord för att kombinera olika ord för att bilda block. När dessa sattes ihop användes de Booleska operatorerna "AND" och "OR". Dessutom genomfördes sökningar i fritext och med titel/abstract. Detta kan enligt Kristensson (2014, s. 161) vara en svaghet på så sätt att det riskerar att minska träffsäkerheten för sökningarna, vilket kan resultera i att irrelevanta artiklar uppkommer. Ett antal sökningar i fritext genomfördes trots detta och artiklar inkluderades utifrån dessa sökningar. Författarna till detta arbete var väl medvetna om metodens svaghet och varje artikel som inkluderades genom denna sökmetod övervägdes noggrant och granskades utifrån om de passade denna litteraturöversikts syfte.

Författarna valde att använda sig av två olika databaser, PubMed och CINAHL, vilket var en styrka eftersom användandet av flera databaser enligt Polit och Beck (2021, s. 90–93) stärker arbetets validitet. Dessutom beskriver de hur detta ökar resultatets sensitivitet och reabilitet. Författarna valde att inkludera både kvalitativa och kvantitativa artiklar vid sökningar i databaserna. Bland de 15 inkluderade vetenskapliga artiklarna var majoriteten gjorda med en kvalitativ design, vilket är bra på så sätt att undersöka upplevelser och få en djupare förståelse för valt område. Polit och Beck (2021, s. 90–93) beskriver att kvalitativa studier ger djupgående insikter kring patienters subjektiva upplevelser, vilket var relevant kopplat till syftet för denna litteraturöversikt. Kristensson (2014, s.126) beskriver att en

svaghet dock kan vara att resultatet inte blir överförbart på samma sätt såsom om fler kvantitativa studier använts. Detta innebär att resultaten från kvalitativa studier inte är lika generaliserbara i jämförelse med om en majoritet av kvantitativa studier använts (Kristensson, 2014, s. 126). Att ta i beaktan är att kvalitén av denna litteraturöversikts resultat inte är bättre än de genomförda studierna som denna litteraturöversikts resultat grundar sig på.

Som tabellen ovan visar så gav sökningarna totalt 948 resultat efter gjorda avgränsningar. De slutliga 15 artiklarna som inkluderades för litteraturöversikten valdes noggrant ut för att endast inkludera de som berörde anhörigas upplevelser och konsekvenser efter att ha bevittnat HLR. Ett antal artiklar som exempelvis studerade sjukvårdspersonalens upplevelser exkluderades därav, då dessa inte kunde besvara syftet till denna litteraturöversikt. Däremot inkluderades artiklar där anhörigas upplevelser belystes tillsammans med sjukvårdspersonal och/eller patienters upplevelser av att bevittna HLR. I dessa fall valde författarna att inkludera dessa artiklar men enbart använda den delen av resultatet som speglade anhörigas upplevelser.

De inkluderade studierna till denna litteraturöversikt hade sitt främsta ursprung i Europa, där flertalet artiklar var gjorda i Sverige och Frankrike. Vidare användes ett fåtal artiklar från Nordamerika och Asien. I datainsamlingen gjordes inga begränsningar utifrån artiklarnas ursprung. Ett intressant fynd är därav att en majoritet av artiklarna som inkluderades har sitt ursprung från samma världsdel, Europa. Orsaken till detta kan ha varit de begränsningar som gjordes utifrån artiklarnas språk, där endast artiklar skrivna på engelska inkluderades. Detta kan ha resulterat i att artiklar från andra världsdelar omedvetet exkluderades på grund av att de var skrivna på annat språk än engelska. Att en majoritet av de inkluderade artiklarna hade sitt ursprung i Europa skulle kunna orsaka att denna litteraturöversikts resultat inte speglar och kan appliceras i alla sju världsdelar.

Utöver de sökningar som gjordes av författarna i de olika databaserna användes även manuella sökningar. Detta innebar att författarna använde sig av liknande artiklar och dess referenslistor eller artiklar som kom upp som likande artiklar i de olika databaserna, detta för att identifiera mer relevant litteratur (Karlsson, 2017, s. 87). Genom att göra detta hittades fem relevanta artiklar som användes i resultatet. Kvalitetsgranskning av de 15 artiklarna genomfördes av författarna för att bedöma deras kvalitet. Detta utformades av modellen gjord av Berg et al. (1999) och Willman et al. (2016), se bilaga A. 14 av artiklarna ansågs vara av hög kvalitet (I) och en artikel ansågs vara av medelhög kvalitet (II). Läsare till litteraturöversikten bör ha i beaktning att författarna inte har tidigare erfarenhet kring att granska artiklar och kan därav ha gjort felaktiga bedömningar. Litteraturöversikten använde en integrerad analys vilket innebär ett sätt att kunna sammanställa ett resultat enligt Kristensson (2014, s. 174). Denna analysmetod använder tre steg, vilka följdes under arbetets gång och tillämpades av författarna.

Under forskningsprocessen har författarna en gång i veckan haft träff med handledare och handledningsgruppen för arbetet. Kristensson (2014, s. 27–28) beskriver vikten av en handledare och handledningsgrupp för att få tillgång till personer som kan ge återkoppling på arbetet samt ge förslag på vad som kan göra arbetet starkare. Detta genom att få konstruktiv kritik och kunna stärka litteraturöversiktens trovärdighet. En gång i veckan träffades handledningsgruppen och därmed gick arbetet igenom en granskning varje vecka, detta av fem andra studenter samt en handledare. Dessutom har en mittbedömning tagit plats, även detta för att stärka arbetet.

Referenshantering i denna litteraturöversikt genomfördes med noggrannhet för att hålla arbetet etiskt korrekt vilket skedde i enlighet med Sophiahemmets Högskolas version av APA (Sophiahemmet Högskola, 2022). Detta följdes eftersom författarna ville lyfta fram samt redovisa vart information inhämtats ifrån. Att ha referenshantering i löpande text och referenslista har underlättat för författarna för att hålla texten konsekvent samt få fram en tydlighet. Styrkor med arbetet enligt författarna var att en kunskapslucka identifierades i resultatet. Att vårdpersonal inte omhändertar anhöriga tillräckligt bra vid situationer som hjärtstopp var tydligt. Utifrån detta behöver en förändring ske inom sjukvården, utifrån hur anhöriga har beskrivit hur de hade önskat att vården agerade kan vården ta in detta och dra lärdomar för nya beslut och riktlinjer.

Slutsats

Denna litteraturöversikt belyste upplevelser och konsekvenser av att närvara vid hjärt- och lungräddning som anhörig. I resultatet framkom att en majoritet av de anhöriga ville närvara under återupplivningen, men att det kunde resultera i såväl fördelar som nackdelar. Uppenbart var att flertalet anhöriga upplevde bristande information från vårdpersonalen kring hälsotillståndet på deras anhörige, vilket skapade oro och rädslor. Vidare utformades en ny vardag för anhöriga, där vissa drabbades av symtom som depression och ångest, medan andra fann sig i den nya vardagen och kunde uppskatta livet på nytt. Att kunna anpassa sig i en föränderlig miljö, och att kunna hantera förändringar som sker genom livet, är något som litteraturöversiktens teoretiska utgångspunkt grundar sig i. Genom ökad förståelse och kunskap kring anhörigas upplevelser och konsekvenser av att ha närvarat under återupplivning, kan sjuksköterskan stärka sin medvetenhet kring bemötandet av anhöriga under och efter återupplivningen. Eftersom hjärtstopp årligen drabbar cirka 13 000 individer i Sverige, där anhöriga ofta närvarar, är resultatet av denna litteraturöversikt relevant och överförbart till andra vårdkontexter och för andra professioner.

Fortsatta studier

I denna litteraturöversikts resultat framkom att anhöriga som bevittnat HLR har behov av att få stöd från vårdpersonalen för att bearbeta det som inträffat. Det framkom att kommunikation är en viktig hörnsten, där flertalet anhöriga ser utvecklingspotential i form av att vårdpersonalen bör tillföras ytterligare utbildning, för att bemöta anhöriga på bästa sätt. Det kan exempelvis handla om det psykiska bemötandet, hur sjuksköterskan på bästa sätt samtalar och bemöter anhöriga som är i chock, likväl som det kan handla om den fysiska kontakt och närhet sjuksköterskan har med anhöriga vid återupplivningsprocessen. Det kan exempelvis vara att ge lugnande blickar, ge en klapp på axeln eller att enbart finnas i närheten som en stötspelare till anhöriga. Vidare studier med fokus på kommunikation och bemötande mellan anhöriga och vårdpersonal i liknande situationer är därav önskvärt. Majoriteten av de tidigare studier som utförts inom området fokuserar på vårdpersonalens upplevelser av att ha anhöriga närvarande under HLR. Författarna till detta arbete anser därav det önskvärt att framtida studier i stället fokuserar på just anhörigas upplevelser och konsekvenser av att närvara vid hjärt- och lungräddning.

Klinisk tillämpbarhet

Resultatet av denna litteraturöversikt kan bidra till ökad kunskap och medvetenhet kring anhörigas upplevelser av att ha bevittnat hjärt- och lungräddning, samt vilka konsekvenser

det kan medföra. Anhöriga till patienter vilka drabbats av hjärtstopp, finns inom vårdens olika instanser runt om i hela landet. Detta gör att sjuksköterskan under sin yrkeskarriär sannolikt kommer att påträffa dessa, vilket gör att kunskapen kring bemötandet och omhändertagandet av dessa är av stor vikt för att underlätta bearbetningsprocessen. Genom en ökad förståelse kring ämnet ökar sjuksköterskans möjlighet att lindra lidande och påverka anhöriga i positiv anda, för att deras upplevelse av situationen ska ge så pass bra inverkan som möjligt. Som nämnts tidigare fokuserar flertalet studier på vårdpersonalens upplevelser snarare än anhörigas. Denna studie har fokuserat på anhörigas upplevelser och konsekvenser av att ha bevittnat HLR på individer över 18 år, vilket gör att studiens resultat kan vara av klinisk relevans för vuxna.

I Patientlagen (SFS 2014:821) 3 kap. 4§, 6§ och 7§ beskrivs att i de fall där information inte kan lämnas ut till patienten själv, ska det i stället lämnas ut till en anhörig. Det beskrivs även att informationen som ges ut ska anpassas till mottagarens individuella förutsättningar, och att den som ger informationen i möjligaste mån ska tillse att mottagaren har förstått innehållet och betydelsen av den givna informationen. För att möjliggöra detta krävs att sjuksköterskan besitter kunskap i bemötande, empatisk förmåga och informationsgivande, för att anhöriga som bevittnat HLR ska känna sig omhändertagna. Utifrån resultatet ser författarna ett behov av tydliga skriftliga riktlinjer kring hur anhöriga ska omhändertas vid hjärtstopp och hur de på bästa sätt kan involveras i vårdprocessen. Vidare ses behov av utbildning för vårdpersonal gällande omhändertagande av anhöriga, för att kunskapsnivån ska uppnå en standard inom alla delar av vården.

Hjärtstopp kan inträffa plötsligt och utan förvarning, var som helst i vårt samhälle. Därav kan beslutet av att närvara vid HLR behöva tas snabbt och utan vidare betänketid. Oavsett om den anhörige väljer att närvara eller inte, är detta en omskakande händelse som kommer att följa personen under lång tid framöver. Därav bör det ligga inom ramen för samhällets intressen att utveckla hållbara strategier för att omhänderta dessa i möjligaste mån. I mål tre från FN:s globala mål i agenda 2030 beskrivs hur psykisk ohälsa ska förebyggas med rätt åtgärder och behandling (Globala målen, u.å.). Litteraturöversikten fann fynd av att anhöriga drabbades av PTSD- likande symtom i efterförloppet av att ha bevittnat hjärtstopp. Därav vikten av fortsatta studier kring anhörigas upplevelser samt hur de kan bli omhändertagna på bästa möjliga sätt för att undvika psykisk ohälsa och lidande.

Författarnas bidrag

Josef Stjernberg och Linn Kälvegård har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna uppsats.

REFERENSER

*Artiklar inkluderade i studiens resultat

Afzali Rubin, M., Svensson, T. L., Herling, S. F., Wirenfeldt Klausen, T., Jabre, P., & Møller, A. M. (2020). Family presence during resuscitation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(5), CD013619. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013619>

Aldskogius, H., & Rydqvist, B. (2018). *Den friska människan: Anatomi och fysiologi*. Liber.

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

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

Bleidorn, W., Hopwood, C. J., & Lucas, R. E. (2018). Life Events and Personality Trait Change. *Journal of personality*, 86(1), 83–96. <https://doi.org/10.1111/jopy.12286>

Boyett M. R. (2009). 'And the beat goes on.' The cardiac conduction system: the wiring system of the heart. *Experimental physiology*, 94(10), 1035–1049. <https://doi.org/10.1113/expphysiol.2009.046920>

*Carlsson, N., Bremer, A., Alvariza, A., Årestedt, K., & Axelsson, L. (2022). Losing a close person following death by sudden cardiac arrest: Bereaved family members' lived experiences. *Death studies*, 46(5), 1139–1148. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1799453>

Critchell, C. D., & Marik, P. E. (2007). Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? A review of the literature. *The American journal of hospice & palliative care*, 24(4), 311–317. <https://doi.org/10.1177/1049909107304554>

Considine, J., Eastwood, K., Webster, H., Smyth, M., Nation, K., Greif, R., Dainty, K., Finn, J., Bray, J., & International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) Education, Implementation and Teams; Basic Life Support; and Advanced Life Support Task Forces (2022). Family presence during adult resuscitation from cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation*, 180, 11–23. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2022.08.021>

*De Stefano, C., Normand, D., Jabre, P., Azoulay, E., Kentish-Barnes, N., Lapostolle, F., Baubet, T., Reuter, P. G., Javaud, N., Borron, S. W., Vicaut, E., & Adnet, F. (2016). Family Presence during Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial. *PloS one*, 11(6), e0156100. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156100>

DiLibero, J., & Mistro, K. (2021). Outcomes of in-hospital Cardiac Arrest: A Review of the Evidence. *Critical care nursing clinics of North America*, 33(3), 343-356. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2021.05.009>

Donaldson, C. (2013). Hjärtstopp. I A. I. Wood & M. Garner (Red.), *Inledande omhändertagande av akut sjuka personer – en bok för sjuksköterskor* (s. 127–156). Studentlitteratur.

*Erogul, M., Likourezos, A., Meddy, J., Terentiev, V., Davydkina, D., Monfort, R., Pushkar, I., Vu, T., Achalla, M., Fromm, C., & Marshall, J. (2020). Post-traumatic Stress Disorder in Family-witnessed Resuscitation of Emergency Department Patients. *The western journal of emergency medicine*, 21(5), 1182–1187. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.6.46300>

*Fernández, E. M., Martín, G. M., & Herrera, M. J. (2021). Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions. *Nursing ethics*, 28(5), 645–655. <https://doi.org/10.1177/0969733020968171>

Folkhälsomyndigheten. (2022). *Vad är folkhälsa, jämlik hälsa och folkhälsoarbete?*. Hämtad 30 augusti, 2023, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-ar-folkhalsa/folkhalsa-och-jamlik-halsa/>

Forsberg, A. (2016). *Omvårdnad på akademisk grund: att utvecklas och ta ansvar*. Natur & Kultur.

Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturöversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I Friberg, F (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (4 uppl., ss 185 - 198). Studentlitteratur.

Globala målen. (u.å.) *God hälsa och välbefinnande*. Hämtad 28 september, 2023, från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>

Guetterman, T. C., Kellenberg, J. E., Krein, S. L., Harrod, M., Lehrich, J. L., Iwashyna, T. J., Kronick, S. L., Girotra, S., Chan, P. S., & Nallamothu, B. K. (2019). Nursing roles for in-hospital cardiac arrest response: higher versus lower performing hospitals. *BMJ quality & safety*, 28(11), 916–924. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009487>

Ha, A. C. T., Doumouras, B. S., Wang, C. N., Tranmer, J., & Lee, D. S. (2022). Prediction of Sudden Cardiac Arrest in the General Population: Review of Traditional and Emerging Risk Factors. *The Canadian journal of cardiology*, 38(4), 465–478. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2022.01.007>

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

Hung, M. S., & Pang, S. M. (2011). Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. *Journal of advanced nursing*, 67(1), 56–67. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05441.x>

International Council of Nurses. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 26 April, 2023, från <https://beta.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

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

*Jabre, P., Tazarourte, K., Azoulay, E., Borron, S. W., Belpomme, V., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., Combes, X., Galinski, M., Pinaud, V., Destefano, C., Normand, D., Beltramini, A., Assez, N., Vivien, B., Vicaut, E., & Adnet, F. (2014). Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive care medicine*, 40(7), 981–987. <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3337-1>

Jonsson, M., Härkönen, J., Ljungman, P., Nordberg, P., Ringh, M., Hirlekar, G., Rawshani, A., Herllitz, J., Ljung, R., & Hollenberg, J. (2021). Inequalities in Income and Education Are Associated With Survival Differences After Out-of-Hospital Cardiac Arrest: Nationwide Observational Study. *Circulation*, 144(24), 1915–1925. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056012>

Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket. (u.å). Svensk MeSH. Hämtad 8 september, 2023, från <https://mesh.kib.ki.se/>

Karlson, K. E. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 81–96). Studentlitteratur.

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

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl., ss. 57–77). Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. uppl.) Natur & Kultur.

*Kurtoğlu Çelik, G., Keleş, A., Demircan, A., Bildik, F., İlhan, M., Pamukçu Günaydın, G., Ergin, M., & Özgür Doğan, N. (2013). Evaluation of Patients' Families' Attitudes to Witnessing Invasive Procedures in the Emergency Department. *Journal of Academic Emergency Medicine / Akademik Acil Tip Olgu Sunumlari Dergisi*, 12(2), 61–65. <https://doi.org/10.5152/jaem.2013.028>

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

Marijon, E., Uy-Evanado, A., Dumas, F., Karam, N., Reinier, K., Teodorescu, C., Narayanan, K., Gunson, K., Jui, J., Jouven, X., & Chugh, S. S. (2016). Warning Symptoms Are Associated With Survival From Sudden Cardiac Arrest. *Annals of internal medicine*, *164*(1), 23–29. <https://doi.org/10.7326/M14-2342>

*Masa'Deh, R., Saifan, A., Timmons, S., & Nairn, S. (2013). Families' stressors and needs at time of cardio-pulmonary resuscitation: a Jordanian perspective. *Global journal of health science*, *6*(2), 72–85. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p72>

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

Merchant, R. M., Topjian, A. A., Panchal, A. R., Cheng, A., Aziz, K., Berg, K. M., Lavonas, E. J., & Magid, D. J. (2020). Part 1: Executive Summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, *142*(16_suppl_2), S337–S357. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000918>

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

Mori, S., Tretter, J. T., Spicer, D. E., Bolender, D. L., & Anderson, R. H. (2019). What is the real cardiac anatomy?. *Clinical anatomy (New York, N.Y.)*, *32*(3), 288–309. <https://doi.org/10.1002/ca.23340>

Nordberg, P., Hollenberg, J., Herlitz, J., Rosenqvist, M., & Svensson, L. (2009). Aspects on the increase in bystander CPR in Sweden and its association with outcome. *Resuscitation*, *80*(3), 329–333. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2008.11.013>

Oczkowski, S. J., Mazzetti, I., Cupido, C., Fox-Robichaud, A. E., & Canadian Critical Care Society (2015). Family presence during resuscitation: A Canadian Critical Care Society position paper. *Canadian respiratory journal*, *22*(4), 201–205. <https://doi.org/10.1155/2015/532721>

Olasveengen, T. M., Semeraro, F., Ristagno, G., Castren, M., Handley, A., Kuzovlev, A., Monsieurs, K. G., Raffay, V., Smyth, M., Soar, J., Svavarsdottir, H., & Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. *Resuscitation*, *161*, 98–114. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>

Ong, M. E. H., Perkins, G. D., & Cariou, A. (2018). Out-of-hospital cardiac arrest: prehospital management. *The Lancet*, *391*(10124), 980–988. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30316-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30316-7)

- Parsons C. (2016). Evidenced-Based Care of Adolescents and Families in Crisis. *The Nursing clinics of North America*, 51(2), 249–260.
<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.008>
- Perkins, G.D., Graesner, J. T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., Van de Voorde, P., Madar, J., Zideman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., Greif, R., Monsieurs, K., Svavarsdóttir, H., Nolan, J. P., & European Resuscitation Council Guideline Collaborators. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: 12 Executive summary. *Resuscitation*, 161, 1- 60.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>
- Poole, K., Couper, K., Smyth, M. A., Yeung, J., & Perkins, G. D. (2018). Mechanical CPR: Who? When? How?. *Critical care (London, England)*, 22(1), 140.
<https://doi.org/10.1186/s13054-018-2059-0>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Porter, J., Cooper, S. J., & Sellick, K. (2013). Attitudes, implementation and practice of Family presence during resuscitation (FPDR): A quantitative literature review. *International Emergency Nursing*, 21(1), 26- 34. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.04.002>
- Qvick, A., Radif, M., Brever, C., Myrvik, J. O., Schenk Gustafsson, K., & Djärv, T. (2018). Survival of in-hospital cardiac arrest in men and women in a large Swedish cohort. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 26(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0576-0>
- Ramage, E., Porter, J. E., & Biedermann, N. (2018). Family presence during resuscitation (FPDR): A qualitative study of implementation experiences and opinions of emergency personnel. *Australasian Emergency Care*, 21(2), 51-55.
<https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.05.002>
- Reinier, K., Dizon, B., Chugh, H., Bhanji, Z., Seifer, M., Sargsyan, A., Uy-Evanado, A., Norby, F. L., Nakamura, K., Hadduck, K., Shepherd, D., Grogan, T., Elashoff, D., Jui, J., Salvucci, A., & Chugh, S. S. (2023). Warning symptoms associated with imminent sudden cardiac arrest: a population-based case-control study with external validation. *The Lancet. Digital health*, S2589-7500(23)00147-4. Advance online publication.
[https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(23\)00147-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(23)00147-4)
- Riva, G., & Hollenberg, J. (2021). Different forms of bystander cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of internal medicine*, 290(1), 57–72.
<https://doi.org/10.1111/joim.13260>
- Rojas, D. A., DeForge, C. E., Abukhadra, S. L., Farrell, L., George, M., & Agarwal, S. (2023). Family experiences and health outcomes following a loved ones' hospital discharge or death after cardiac arrest: A scoping review. *Resuscitation plus*, 14, 100370.
<https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100370>
- Rosén, M. (2023). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. (3. uppl., ss. 435-448). Studentlitteratur.

Roy, C. (2008). *The Roy adaption model* (3. uppl.). Upper Saddle River: Pearson.

*Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2019). Preferences of patients' family regarding family-witnessed cardiopulmonary resuscitation: A qualitative perspective of intensive care patients' family members. *Intensive & critical care nursing*, 50, 95–102. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.001>

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. (2. uppl.). Studentlitteratur

Segesten, K. (2022). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. I Friberg, F (Red). (4 uppl., ss 79–109). Studentlitteratur.

SFS 2003:460. *Etikprövningslagen*. Hämtad 4 september, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Hämtad 28 september, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/

Socialstyrelsen. (2021). *Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära: Underlag till en nationell strategi*. (2021-6-7464). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-6-7464.pdf>

Sophiahemmet Högskola. (2022). *Att referera enligt APA-Mall för Sophiahemmets Högskola [PDF]*. https://shh365.sharepoint.com/sites/Information_SHH_hemsida2/Delade%20dokument/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FInformation%5FSHH%5Fhemsida2%2FDelade%20dokument%2FBiblioteket%2FApamall%2Epdf&parent=%2Fsites%2FInformation%5FSHH%5Fhemsida2%2FDelade%20dokument%2FBiblioteket&p=true&ga=1

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

Suresh, K., & Shimoda L. A. (2016). Lung Circulation. *Comprehensive Physiology*, 6(2), 897-943. <https://doi.org/10.1002/cphy.c140049>

Svenska hjärt- och lungräddningsregistret. (2022). *Årsrapport 2021*. <https://arsrapporter.registercentrum.se/shlr/20221006/arsrapport.pdf>

Svenska rådet för hjärt- lungräddning. (2023a). *Hjärtstopp*. Hämtad 21 April, 2023, från <https://www.hlr.nu/fakta/>

Svenska rådet för hjärt- lungräddning. (2023b). *Utbildningsprogram*. Hämtad 22 augusti, 2023, från <https://www.hlr.nu/utbildningsprogram/>

- Terzi, A. B., & Aggelidou, D. (2008). Witnessed resuscitation: beneficial or detrimental?. *The Journal of cardiovascular nursing*, 23(1), 74–78.
<https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305050.65753.66>
- Toronto, C. E., & LaRocco, S. A. (2019). Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *Journal of clinical nursing*, 28(1-2), 32–46. <https://doi.org/10.1111/jocn.14649>
- Vaquero, M., Calvo, D., & Jalife, J. (2008). Cardiac fibrillation: from ion channels to rotors in the human heart. *Heart rhythm*, 5(6), 872–879.
<https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2008.02.034>
- Waldemar, A., & Thylen, I. (2018). Attitudes and experiences of Family Presence During Resuscitation (FPDR) among Swedish nurses and physicians in cardiac care units. *Resuscitation*, 130, e63 <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.07.122>
- *Waldemar, A., Strömberg, A., Thylén, I., & Bremer, A. (2023). Experiences of family-witnessed cardiopulmonary resuscitation in hospital and its impact on life: An interview study with cardiac arrest survivors and their family members. *Journal of clinical nursing*, 10.1111/jocn.16788. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jocn.16788>
- *Wallin, E., Larsson, I. M., Rubertsson, S., & Kristoferzon, M. L. (2013). Relatives' experiences of everyday life six months after hypothermia treatment of a significant other's cardiac arrest. *Journal of clinical nursing*, 22(11–12), 1639–1646.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12112>
- Walker, W. (2008). Accident and emergency staff opinion on the effects of family presence during adult resuscitation: critical literature review. *Journal of advanced nursing*, 61(4), 348–362. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04535.x>
- Wiklund Gustin. L. (2020). *Psykologi för sjuksköterskor*. Studentlitteratur.
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik (4:e uppl.). Studentlitteratur.
- *Zali, M., Hassankhani, H., Powers, K. A., Dadashzadeh, A., & Rajaei Ghafouri, R. (2017). Family presence during resuscitation: A descriptive study with Iranian nurses and patients' family members. *International emergency nursing*, 34, 11–16.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.05.001>
- Zimmerman, D. S., & Tan, H. L. (2021). Epidemiology and risk factors of sudden cardiac arrest. *Current opinion in critical care*, 27(6), 613–616.
<https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000896>
- Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I Friberg, F (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (4 uppl., ss 185 - 198). Studentlitteratur.

BILAGA A

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Carlsson, N., Alvariza, A., Bremer, A., Axelsson, L. & Årestedt, K. 2022 Sverige	Losing a close person following death by sudden cardiac arrest: Bereaved family members' lived experiences	Syftet med denna studie var att belysa innebörden av att förlora en anhörig i plötsligt hjärtstopp.	<u>Design:</u> Kvalitativt tolkande design <u>Urval:</u> Subjektivt urval <u>Datainsamling:</u> Intervjuer, öppna frågor <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys	12 (-)	Resultatet av denna studie påvisade två övergripande teman. Att kunna pendla mellan liv och sedan plötslig förlust. Detta innebar att gå mellan att känna hopp och förtvivlan under HLR. Viljan att allt som kunde göras gjordes samt att känna sig omhändertagen av personalen. Gå vidare med livet efter plötslig förlust. Detta innebar att bli kvar med frågor, behovet av tröst och att få tala om döden som en naturlig del av livet.	K I

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
De Stefano, C., Normand, D., Jabre, P., Azoulay, E., Kentish- Barnes, N., Lapostolle, F., Baubet, T., Reuter, P. G., Javaud, N., Borron, S. W., Vicaut, E., & Adnet, F. 2016 Frankrike	Family Presence during Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial	Syftet med denna studie var att förstå de upplevelser familjemedlemmar upplevde under pågående HLR	<u>Design:</u> Kvalitativ analys med sekventiell förklaringsmodell <u>Urval:</u> Mixad-metod. Randomiserat och sekventiellt <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys	30 (45)	Resultatet av denna studie påvisade fyra teman. Dessa var: 1 att välja att vara aktivt involverad i återupplivningen. 2 kommunikation mellan anhöriga och akutvårdsteamet. 3 uppfattning om verklighet av dödsfallet, främja acceptans av förlusten. 4 erfarenheter och reaktioner hos de anhöriga som bevitnade eller inte bevitnade HLR, som beskriver deras känslor. Dessutom identifierades i studien tolv underteman, vilka definierar ovanstående fyra teman.	K I

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Erogul, M., Likourezos, A., Meddy, J., Terentiev, V., Davydkina, D., Monfort, R., Pushkar, I., Vu, T., Achalla, M., Fromm, C., & Marshall, J. 2020 USA	Post- traumatic Stress Disorder in Family- witnessed Resuscitation of Emergency Department Patients	Syftet med denna artikel var att undersöka om familjemedlemmar som har bevittnat HLR har en ökad risk att utveckla PTSD månader efter händelsen	<u>Design:</u> Prospektiv tvärstudie under 5 år <u>Urval:</u> Bekvämlighetsurval <u>Datainsamling:</u> En strukturerad telefonintervju <u>Dataanalys:</u> Statistisk dataanalys	423 (777)	Resultatet av denna studie påvisade att familjemedlemmar som närvarat under pågående återupplivning riskerar att i högre grad drabbas av PTSD den första månaden efter att sett händelsen. Detta till skillnad från de familjemedlemmar vilka inte närvarade under pågående återupplivning.	CCT I

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Fernández, E. M., Martín, G. M., & Herrera, M. J. 2021 Spanien	Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions	Syftet med studien var att få en uppfattning kring åsikter och önskemål från anhöriga och patienter gällande familjens närvaro under invasiva ingrepp och hjärt- och lungräddning.	<u>Design:</u> Kvalitativ, beskrivande studie <u>Urval:</u> Subjektivt urval <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerad intervju med öppna frågor <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys	18 (1)	Resultatet av denna studie visar tre betydelsefulla kategorier. Dessa var kunskap, medföljande av patient och respekt för patientens rättigheter. Detta relaterat till FPDR och mod, känslomässigt stöd men även tillit till vårdpersonal.	K I

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., Tazarourte, K., Bouilleau, G., Pinaud, V., Broche, C., Normand, D., Baubet, T., Ricard- Hibon, A., Istria, J., Beltramini, A., Alheritiere, A., Assez, N., Nace, L., Vivien, B., Turi, L., ... Adnet, F. 2013 Frankrike	Family presence during cardiopulmo nary resuscitation	Syftet med denna studie var att studera var ett erbjudande gavs om att en familjemedlem fick observera HLR, om detta kunde minska sannolikheten för PTSD symtom hos den anhörige.	<u>Design:</u> Randomiserad kontrollerad studie <u>Urval:</u> Randomiserat klusterurval <u>Datainsamling:</u> Strukturerade intervjuer 90 dagar efter händelsen <u>Dataanalys:</u> Statistisk dataanalys	475 (95)	Resultatet av denna studie visade att de familjer som bevittnat HLR mådde bättre psykiskt efter 90 dagar och led dessutom av PTSD i mindre omfattning än de som inte bevittnade återupplivningen. Flera anhöriga som ej närvarade under pågående återupplivning ångrade i efterhand sitt val, i jämförelse med de som bevittnade återupplivning, där endast ett fåtal ångrade sitt val. Vårdpersonalens stressnivå varierade inte särskilt mycket beroende på om anhöriga var närvarande under återupplivningen eller inte. Det kunde inte heller ses någon skillnad i effekten av den kvalitét av HLR som gavs när anhöriga var närvarande eller ej. Andelen anhöriga som var aggressiva eller störde vårdpersonalens insatser var mindre än 1 procent under pågående återupplivning.	RCT I

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Jabre, P., Tazarourte, K., Azoulay, E., Borron, S. W., Belpomme, V., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., Combes, X., Galinski, M., Pinaud, V., Destefano, C., Normand, D., Beltramini, A., Assez, N., Vivien, B., Vicaut, E., & Adnet, F. 2014 Frankrike	Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment	Syftet med denna studie var att utvärdera psykologiska konsekvenser som finns hos anhöriga som ges möjlighet att vara närvarande under HLR på en anhörig. Detta i jämförelse med de som inte rutinmässigt erbjuds detta alternativ.	<u>Design:</u> Randomiserad kontrollerad studie <u>Urval:</u> Randomiserat klusterurval <u>Datainsamling:</u> Strukturerade intervjuer 1 år efter händelsen <u>Dataanalys:</u> Statistik dataanalys	408 (162)	Resultatet av denna studie visade att de familjer som inte rutinmässigt hade tillfrågats om att bevitna HLR, vilka var de personer som ingick i kontrollgruppen, i större grad påvisade PTSD-relaterade symtom, i jämförelse med interventionsgruppen. Familjemedlemmar som upplevde allvarlig depressiv episod, var markant högre i kontrollgruppen och bland de familjemedlemmar som ej föreslagits bevitna HLR av läkare, även upplevelsen av komplicerad sorg.	RCT I

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Kurtoğlu Çelik, G., Keleş, A., Demircan, A., Bildik, F., İlhan, M., Pamukçu Günaydın, G., Ergin, M., & Özgür Doğan, N. 2013 Turkiet	Evaluation of Patients' Families' Attitudes to Witnessing Invasive Procedures in the Emergency Department	Syftet med denna studie var att göra en utvärdering av familjemedlemmars attityder till att bevittna akut medicinsk vård samt akuta ingrepp på en akutmottagning. Där till även HLR.	<u>Design:</u> En prospektiv kvantitativ studie <u>Urval:</u> Bekvämlighetsurval <u>Datainsamling:</u> Enkäter via strukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Statistisk dataanalys	454 (61)	Resultatet av denna studie visade att flera anhöriga i Turkiet ville närvara under invasiva procedurer på sin anhörig, vilket många ansåg var en rättighet. Flera anhöriga upplevde att deras närvaro eventuellt kunde påverka vårdpersonalens arbetsinsats. Anhöriga upplevde att den drabbade ej skulle påverkas negativt av deras närvaro. Dock upplevde vissa anhöriga att stress och ångest kunde uppkomma efter att ha bevittnat återupplivning eller invasiva procedurer av en anhörig.	P I

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Leske, J. S., McAndrew, N. S., Brasel, K. J., & Feetham, S. 2017 USA	Family Presence During Resuscitation After Trauma	Syftet med denna studie var att undersöka anhörigas närvaro under återupplivning hos patienter som överlevde trauma av motorfordonsolyckor samt skottskador på akutmottagningen.	<u>Design:</u> Icke randomiserad design <u>Urval:</u> Bekvämlighetsurval <u>Datainsamling:</u> Efter 72 timmar från händelsen utfördes en självskattning hos deltagarna i studien <u>Dataanalys:</u> Statistisk kovariat analys	140 (-)	Resultatet av denna studie visade att familjemedlemmar som fick närvara under återupplivning upplevde mindre stress och ångest, vilket främjade individernas välbefinnande. Detta till skillnad från de familjemedlemmar som ej deltog under återupplivningen, vilka i större utsträckning upplevde ovanstående symtom. Dock kunde det ses hur missnöjde med den vård som gavs uppkom då familjemedlemmar var närvarande under återupplivningen.	P I

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Masa'Deh, R., Saifan, A., Timmons, S., & Nairn, S. 2013 Jordanien	Families' stressors and needs at time of cardio- pulmonary resuscitation: a Jordanian perspective	Syftet med denna studie var att identifiera behov hos familjemedlemmar under pågående HLR. När dessa identifieras och utvärdera hur behoven tillgodoses kan den totala patientvården inkludera familjen mer men även i sin tur minska familjemedlemmars stress.	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Subjektivt urval <u>Datainsamling:</u> Semi- strukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys	7 (-)	Resultatet av denna studie påvisade tre huvudkategorier. Familjens behov av närhet, familjens behov av trygghet och familjens behov av stöd. Att få information om patientens tillstånd ansågs som viktigt och ett stort behov. När detta skedde kunde det minska anhörigas spänningar och få till en bättre acceptans för slutresultatet av HLR. Alla intervjuade anhöriga ville få möjligheten att stanna bredvid sin älskade i slutet av livet.	K II

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Metzger, K., Gamp, M., Tondorf, T., Hochstrasser, S., Becker, C., Luescher, T., Rasiah, R., Boerlin, A., Tisljar, K., Emsden, C., Sutter, R., Schaefer, R., Meinlschmidt, G., Marsch, S., & Hunziker, S. 2019 Schweiz	Depression and anxiety in relatives of out-of- hospital cardiac arrest patients: Results of a prospective observational study	Syftet med denna artikel var att undersöka hur anhöriga till patienter som blev inlagda på intensivvårdsavdelning efter ett hjärtstopp prehospitalt kan drabbas av negativa psykologiska symtom. Riskfaktorer och prevalens för depression och ångest hos anhöriga efter 90 dagar på intensivvårdsavdelning.	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Målinriktat urval <u>Datainsamling:</u> Telefonintervju med anhöriga 90 dagar efter händelsen <u>Dataanalys:</u> Statistisk analys	141 (40)	Resultatet av denna studie påvisar att anhöriga till patienter som drabbats av hjärtstopp utanför sjukhus upplever symtom såsom depression och ångest 90 dagar efter händelsen. Anhöriga beskriver hur en förbättring av kommunikation och tidig vård skulle kunna leda till minskad risk att utveckla depression och ångest.	K I

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. 2019 Finland Polen	Preferences of patients' family regarding family-witnessed cardiopulmonary resuscitation: A qualitative perspective of intensive care patients' family members	Syftet med denna studie var att beskriva preferenser hos intensivvårdspatientens anhöriga vid idén om familjebevitnad hjärt- och lungräddning.	<u>Design:</u> Beskrivande kvalitativ design <u>Urval:</u> Målinriktad urvalsmetod <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys	12 (-)	Resultatet av denna studie visar att en möjlig lucka i den familjecentrerade vården inom intensivvårdsmiljöer finns. Systemförändringar bör göras för att öka sjuksköterskors medvetenhet kring anhörigas önskemål.	K I

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Soleimanpour H, Tabrizi JS, Rouhi AJ, Golzari SE, Mahmoodpour A, Esfanjani RM, Soleimanpour M. 2017 Iran	Psychological effects on patient's relatives regarding their presence during resuscitation	Syftet med studien var att undersöka eventuella psykologiska effekter hos anhöriga när de är närvarande vid HLR.	<u>Design:</u> Randomiserad kontrollerad studie <u>Urval:</u> Kvasi- experimentellt urval <u>Datainsamling:</u> Deltagarna kontaktades efter 90 dagar via telefon och självskattning enligt HADS och IES utfördes <u>Dataanalys:</u> Statistisk analys	133 (-)	Resultatet av denna studie visade att en påvisbar skillnad kunde ses mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen. Detta gällande depression, ångest och PTSD-symtom, där utvärdering efter 90 dagar visade att kontrollgruppen påvisade högre värden av dessa symtom.	RCT I

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Waldemar, A., Strömberg, A., Thylén, I., & Bremer, A. 2023 Sverige	Experiences of family-witnessed cardiopulmonary resuscitation in hospital and its impact on life: An interview study with cardiac arrest survivors and their family members	Syftet med denna artikel var att undersöka upplevelser av hjärtstopp på sjukhus. Samt påverkan på livet för patienten som drabbades av hjärtstoppet och familjemedlemmen som bevittnade återupplivningen.	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Målinriktat urval <u>Datainsamling:</u> Intervjuer 4–10 månader efter familj bevittnat hjärtstopp <u>Dataanalys:</u> Tolkningsfenomenologisk analys	7 patienter 8 anhöriga	Resultatet av denna studie visade att deltagarna kände sig obetydliga och övergivna efter hjärtstopp som skett på sjukhus. Känslor såsom ensamhet, att känna sig övergiven och utestängd upplevdes av såväl patienter som anhöriga under hela vårdprocessen. Dessa känslor resulterade i existentiell nöd, där det dagliga livet, relationer och känslor påverkades.	K I

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Wallin, E., Larsson, I. M., Rubertsson, S., & Kristoferzon, M. L. 2013 Sverige	Relatives' experiences of everyday life six months after hypothermia treatment of a significant other's cardiac arrest	Syftet med denna artikel var att beskriva anhörigas upplevelser av behov kring stöd och information. Dessutom påverkan på vardagen ett halvår efter att familjemedlem överlevt hjärtstopp behandlat med terapeutisk hypotermi på intensivvårdsavdelning.	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Målinriktad urvalsmetod <u>Datainsamling:</u> Semi strukturerade intervjuer 6 månader efter hjärtstopp på anhörig <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ innehållsanalys	20 (-)	Resultatet av denna studie påvisade tre huvudteman, vilka var följande; "Svårigheter att hantera en förändrad livssituation", "Känns som att jag kommer i andra hand" och "Känner nytt hopp för framtiden". Efter att anhöriga bevittnat återupplivning upplevdes att det främsta stödet kom från familj och vänner. Vårdpersonalen lämnade anhöriga känslomässigt övergivna när deras nära och kära skrevs ut från intensivvårdsavdelningen och sjukhuset. De upplevde brist på information huruvida uppföljning och rehabilitering skulle ske, samt framtida prognos. Dessutom upplevde anhöriga att människor i dess omgivning inte kunde sätta sig in i deras situation, och att de gärna hade velat träffa andra i liknande situationer för att dela erfarenheter.	K I

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

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Zali, M., Hassankhani, H., Powers, K. A., Dadashzadeh, A., & Rajaei Ghafouri, R. 2017 Iran	Family presence during resuscitation: A descriptive study with Iranian nurses and patients' family members	Syftet med denna studie var att fastställa attityder mot FPDR hos iranska sjuksköterskors och familjemedlemmar.	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Randomiserat klusterurval <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär <u>Dataanalys:</u> Beskrivande och korrelationsanalys	178 sjuksköterskor 136 familjemedlemmar (-) (-)	Resultatet av denna studie visade att en majoritet av familjemedlemmarna, då särskilt kvinnor, ansåg att det är en grundläggande rättighet att få möjligheten att delta vid återupplivning av anhörig. De ansåg att många fördelar framkom genom att delta, samt att detta minskade oro genom att se att allt som kunde göras var gjort för deras anhöriga. Dock upplevde en majoritet av sjuksköterskorna att en implementering av anhöriga vid återupplivning var nödvändig, de ansåg att många nackdelar följde med detta. De ansåg att anhöriga i sådana situationer blir oroliga och därav kan störa patienten, vilket i sin tur kan resultera i förlängda återupplivningsinsatser.	K I

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