



SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV ANHÖRIGNÄRVARO VID HJÄRT- OCH LUNGRÄDDNING

En kvalitativ intervjustudie

NURSES' EXPERIENCES OF FAMILY WITNESSED RESUSCITATION

An interview study

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2016-05-27
Kurs: HT 14

Författare:
Sandra Asplund

Handledare:
Linda Gellerstedt

Examinator:
Caroline Löfvenmark

SAMMANFATTNING

Årligen drabbas cirka 10 000 personer av plötsligt hjärtstopp i Sverige och det påbörjas återupplivningsförsök på cirka 4000 personer. Att erbjuda anhöriga att närvara vid hjärt-lungräddning har varit ett ämne som varit omdiskuterat sedan det först fördes på tal 1987. Flertalet studier har genomförts, med fokus på att belysa personalens attityd gällande anhörignärvaro vid HLR och hur anhörignärvaro vid HLR påverkar de anhöriga. Studier har visat att det kan vara gynnsamt för anhöriga att närvara, samtidigt som andra studier visar att det är relativt ovanligt att de närvarar.

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av anhörignärvaro vid hjärt-lungräddning inom akutsjukvård.

Metoden som användes var en kvalitativ intervjustudie med semi-strukturerade intervjuer. Sju sjuksköterskor som arbetade på en akutmottagning i norra Sverige inkluderades till studien. Intervjuerna genomfördes under perioden december 2015 till januari 2016. Intervjuerna transkriberades och texten analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Analysen resulterade i två teman med fyra underliggande kategorier.

Resultatet visade att det fanns både positiva och negativa upplevelser kring anhörignärvaro. Några negativa aspekter som belystes var ökad stress för sjuksköterskan och att anhöriga ibland kunde upplevas som störande och därmed distraherade i situationen. En fördel som sjuksköterskorna i studien beskrev var att de upplevde att anhörignärvaro var värdefullt för de anhöriga, att de fick ett bättre omhändertagande samt att det upplevdes som värdefullt för anhöriga att se att personalen gjort allt de kunnat för patienten. Vidare beskrev sjuksköterskorna att anhörignärvaro i samband med HLR bidrog till en bättre och lugnare stämning inne på akutrummet vilket upplevdes som positivt.

Studiens resultat tyder på att sjuksköterskor hade en positiv inställning till anhörignärvaro vid HLR, trots vissa utmaningar och negativa erfarenheter. Sjuksköterskorna ansåg att anhöriga hade rätt att närvara. Informanterna berättade att de sällan bjuder in anhöriga att närvara vid HLR men det framkom en önskan om ändring på det så att fler anhöriga får möjlighet att se vad som görs inne på akutrummet.

Nyckelord: Anhörignärvaro, Hjärt- lungräddning, Sjuksköterska, Upplevelser, Kvalitativ metod

ABSTRACT

Annually about 10 000 people in Sweden suffers from sudden cardiac arrest and resuscitation attempts are started on about 4000 people. Inviting family members to witness CPR has been a debated topic since it first was raised in 1987. Since then many studies have been made both to show staff attitudes and how family witnessed resuscitation affects the families. Studies have shown that it can be beneficial for family members to be present during CPR while at the same time other studies show that it is relatively rare that they are invited.

The purpose of this study was to describe nurses' experiences of family presence during cardiopulmonary resuscitation in emergency care.

The method used was a qualitative interview study with semi-structured interviews. Seven nurses who worked in an emergency department in northern Sweden were included in the study. The interviews were carried out during December 2015 and January 2016. The interviews were transcribed and qualitative content analysis was performed. The analysis resulted in two themes and four underlying categories.

The results showed that there were both positive and negative experiences of family presence. Some negative aspects that emerged were increased stress for the nurse and the family could sometimes be considered disturbing and therefore distracting in the situation. One advantage of family presence was, according to the informants, for the families. They believed that they received better care and that it was meaningful for family members to see that the staff did everything they could for the patient. One other advantage that staff experienced was that the atmosphere became calmer in the emergency room when a family member was present.

The study's results suggest that despite the challenges and negative experiences the interviewed nurses had a positive attitude towards family witnessed resuscitation and believed that the family members have the right to attend. The interviewees say that they rarely invite family members to attend the CPR but it reveals a desire for a change so that more families have the opportunity to see what is being done inside the resuscitation room.

Keywords: Family witnessed resuscitation, Nurse, Experiences, Cardiopulmonary resuscitation, Qualitative method

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Akutsjukvård	1
Personcentrerad vård- Teoretisk referensram.....	2
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar	2
Hjärtats fysiologi.....	3
Hjärtstopp	4
Orsaker till hjärtstopp	4
Hjärt- lungräddning.....	4
Anhörignärvaro vid hjärt- lungräddning.....	5
Problemformulering	7
SYFTE	8
METOD	8
Ansats och design.....	8
Urval och deltagare.....	8
Genomförande	8
Datainsamling	9
Dataanalys	9
Forskningsetiska övervägande	11
RESULTAT	12
Upplevelsen av att vara i en känslostorm och utföra hjärt- och lungräddning.....	12
Sjuksköterskans reflektioner kring huruvida anhöriga gynnas av att närvara eller ej.	16
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Slutsats	23
Klinisk tillämpbarhet	23
REFERENSER	24

Bilaga 1- Forskningspersonsinformation

Bilaga 2- Intervjuguide

INLEDNING

Årligen drabbas cirka 10 000 personer i Sverige av plötsligt hjärtstopp, av dessa påbörjas återupplivningsförsök på cirka 4000 personer och omkring 10 procent överlever (Herlitz, 2011). Att som anhörig bevittna ett hjärtstopp och behandling vid hjärtstopp hos en närstående kan upplevas som traumatiskt. Om anhöriga bör närvara eller ej vid återupplivningsförsök har varit omdiskuterat sedan den första publicerade artikeln kring ämnet 1987 (Doyle et al., 1987). I denna uppsats kommer sjuksköterskans upplevelser av anhörignärvaro vid hjärt-lungräddning att belysas.

BAKGRUND

Akutsjukvård

På en akutmottagning bedrivs akut öppenvård på sjukhus med ett antal specialister samlokaliserade. Socialstyrelsen (u.å) beskriver akutsjukvård som öppenvård som kräver omedelbar bedömning eller inläggning på sjukhus. Med detta menas vård av personer som har en akut sjukdom eller skada, i behov av åtgärder som inte bör vänta mer än en timme eller högst ett dygn. Socialstyrelsen (u.å) skriver vidare att akutsjukvården är en central och omfattande del av sjukvården och innefattar alla som är i behov av medicinsk akutvård såväl inom öppenvården som slutenvården. Akutmottagningens huvuduppdrag består i att på kortast möjliga tid bedöma och behandla patienter samt att rädda liv (Nyström, 2002).

Att vara sjuksköterska på en akutmottagning

Inom akutsjukvård bedrivs teambaserat arbete där olika professioner fokuserar på sina olika uppgifter. Personalen på en akutmottagning identifierar och åtgärdar akuta tillstånd hos patienten. Sjuksköterskan på en akutmottagning ska vara duktig på att prioritera vid hög belastning, ha förmågan att hantera många patienter samtidigt samt identifiera och snabbt åtgärda försämringar hos patienterna. Detta samtidigt som de har omvårdnadsansvar för patienten och ska kunna ge psykosocialt stöd till patienter och anhöriga (Wikström, 2012). Enligt riksföreningen akutsjuksköterskor ska en akutsjuksköterska kunna: "identifiera potentiellt livshotande tillstånd på icke diagnostiserade patienter och ibland självständigt påbörja en medicinsk utredning och inleda farmakologisk behandling." (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening, 2010. s.5). Akutsjuksköterskan ska ha en beredskap inför oväntade situationer, en förmåga att snabbt fatta rätt beslut och prioritera samt koordinera omvårdnadsåtgärder trots bristande bakgrundsinformation (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Svensk sjuksköterskeförening (2010) definierar sjuksköterskans sex kärnkompetenser som personcentrerad vård, säker vård, informatik, samverkan i team, evidensbaserad vård och förbättringskunskap. Enligt riksföreningen för akutsjuksköterskor (2010) behöver akutsjuksköterskan bemästra samtliga kärnkompetenser. Arbetet ska genomsyras av ett etiskt förhållningssätt där individuella behov tillgodoses genom ett personcentrerat förhållningssätt. Patientens och närståendes integritet och värdighet ska bibehållas och både patientens och dess närståendes behov ska tillgodoses utan att den medicinska säkerheten äventyras.

Nyström (2002) menade att sjuksköterskor på akutmottagning brast i sitt holistiska synsätt och var mer fokuserade på mätbara medicinska interventioner än på icke mätbara variabler som omvårdnad. I artikeln skrev Nyström (2002) att omvårdnadsinterventioner inte gav samma ökning av sjuksköterskans självförtroende som medicinska uppgifter.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård strävar efter att synliggöra hela personen. I detta omfattas att tillgodose personens andliga, sociala, existentiella och psykiska behov i lika stor utsträckning som de fysiska behoven. Genom personcentrerad vård respekteras och bekräftas personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom. Det hälsofrämjande arbetet utgår från den enskilda individens tolkning (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Begreppet personcentrerad vård skiljer sig från begreppet patientcentrerad vård. Inom patientcentrerad vård sätts personens unika personlighet åt sidan och personen kategoriseras istället till en grupp där sjukdom och behandling är gemensam nämnare, och vården blir istället sjukdomsorienterad (Ekman et al., 2011). Personbegreppet öppnar upp för andra resurser och värderingar. Inom detta begrepp ryms personens sociala sammanhang, närstående, partners eller andra betydelsefulla personer i omgivningen. Dessa behöver inkluderas i begreppet eftersom ohälsa och sjukdom sällan är något som påverkar endast en individ utan även personens sociala nätverk. För sjuksköterskans verksamhet betyder en personcentrerad vård att det är personen och inte sjukdomen som uppmärksammas samt att personens egen-definierade behov väger lika tungt som de behov sjukvården anser att personen har (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Världshälsoorganisationen (WHO) (2008) skriver att vården ska vara personcentrerad med delaktighet för patienterna och dess familjer.

Med familjefokuserad vård menas att fokus ligger på familjens betydelse för patientens upplevda ohälsa eller sjukdom. Familjefokuserad vård är även den personcentrerad där hänsyn tas till dennes sociala sammanhang och eftersom en familj kan påverka varandras liv och hälsa kan det vid vissa tillfällen inom vården vara nödvändigt att se familjen som en enhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2015). Betydelsen av familj har gått från att mena kärnfamiljen, med mamma, pappa och barn till ett mer mångfasetterat begrepp. Inom familjefokuserad vård är familjen en självdefinierad grupp som består av personer sammanlänkade av känslomässiga band (Svensk sjuksköterskeförening, 2015). Utvecklingen av en familjecentrerad vård framställs enligt Litchfield (2011) som en nyckelfaktor för hälsofrämjande.

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

Socialstyrelsen (2009) har lyft fram sex områden som definierar innebörden i en kvalitativt god vård inom hälso- och sjukvård. Dessa områden är; kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård, patientfokuserad vård, effektiv vård och jämlik vård samt att vård ska ges i rimlig tid.

Kunskapsbaserad vård är ett nödvändigt medel för att uppnå god vård, med detta menas att kunskap används som medel för att främja hälsa, förebygga sjukdom, bota sjukdom samt lindra och trösta vid sjukdom. Patienterna ska involveras i kunskapsbildningen. Med patientfokuserad vård menar Socialstyrelsen (2009) att vården bygger på respekt för människors lika värde, den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet. Patienten ska också bemötas utifrån personens sociala sammanhang. En dialog i vården ska föras mellan patienten, personalen och närstående. Säker vård ska bedrivas för att minska risken för vårdskador och patienten är en aktiv del av denna process (Socialstyrelsen, 2009).

Riksföreningen akutsjuksköterskor (2010) har författat en kompetensbeskrivning för sjuksköterskor med inriktning mot akutsjukvård. Denna kompetensbeskrivning grundar sig på sjuksköterskans sex kärnkompetenser och inom akutsjukvården är samverkan i team en viktig

del i akutsjuksköterskans kompetensområde eftersom hen ska kunna samverka med en rad olika kompetenser och instanser. Lika viktigt är kommunikationen, då stor mängd information överförs mellan olika vårdgivare på kort tid. Viktigt är även att patienten och dess anhörig får lättillgänglig och adekvat information.

Hjärtats fysiologi

Hjärtat är en stor muskel med fyra hålrum, förmak respektive kammare. De nedre stora hålrummen i hjärtat kallas hjärtkammare och är omgivna av kraftig muskulatur. Ovanför dessa ligger förmaken som är mindre hålrum dit blodet till hjärtat först transporteras för att sedan föras vidare via klaffar till kamrarna (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011).

Höger hjärthalva innehåller blod från kroppen som inte är helt syresatt, detta blod transporteras från höger hjärthalva till lungorna och syresätts. Efter att blodet syresatts kommer det via vänster förmak till vänster kammare och det syrerika blodet pumpas från vänster kammare ut i kroppen via stora kroppspulsådern, aorta. (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011).

Hjärtmuskeln är kroppens mest belastade muskel och drar ihop sig ungefär en gång i sekunden. Detta kräver mycket syre och näringsämnen. Hjärtat har egna blodkärl som försörjer det med syre, dessa kallas kranskärl och ligger utanpå hjärtat i ett nätverk av kärl. Det finns två stora kranskärl som i sin tur försörjer de mindre kärlen runt hjärtat och det är livsviktigt att dessa kärl är friska så de kan försörja hjärtat med syre (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011).

För hjärtats kontraktion krävs elektriska impulser. Dessa impulser kommer från hjärtats retledningssystem, det vill säga det elektriska system som inom hjärtat styr dess takt och arbetsordning. Högt upp i hjärtats högra förmak finns en bunt celler som kallas sinusknutan, härifrån skickas impulser cirka en gång per minut och styr hjärtats takt. Signalen från sinusknutan får hjärtats förmak att dra ihop sig och på så sätt skicka blodet ned till kamrarna. Den elektriska impulsen fortplantas vidare ned genom hjärtat till en annan samling celler, AV-knuta. Här fördelas elektriciteten runt hjärtmuskeln i kamrarna och på så sätt kontraheras hjärtat för att pumpa blod ut till kroppen respektive lungan (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011; Hjärt-lungfonden, 2012).

Hjärtstopp

Vid ett plötsligt hjärtstopp slutar hjärtmuskeln att kontrahera effektivt och kroppens cirkulation upphör. Kroppens organ får otillräcklig syretillförsel, vilket medför att personen med hjärtstopp blir livlös inom loppet av några sekunder (Hjärt-lungfonden, 2012). Plötsligt hjärtstopp är en av de ledande dödsorsakerna i Europa. Sjuttio till åttio procent av de som drabbas av plötsligt hjärtstopp har bakomliggande hjärt-kärtsjukdom, men tillståndet kan även uppstå hos odiagnostiserade tidigare friska personer (Monsieurs et al., 2015).

Orsaker till hjärtstopp

Den främsta orsaken till hjärtstopp hos medelålders och äldre är åderförkalkning och förträngning i kranskärnen som försörjer hjärtat med blod, även kallat kranskärlssjukdom. Till kranskärlssjukdom räknas kärklamp och hjärtinfarkt. Vid ett totalstopp i ett kranskärl kommer den del av hjärtmuskeln som försörjs av detta kärl att dö av syrebrist, vilket kallas för hjärtinfarkt. En allvarlig komplikation till hjärtinfarkt är att hjärtats retledningssystem påverkas och allvarliga rytmrubbningar uppstår, vilka kan framkalla ett plötsligt hjärtstopp (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011).

Hjärtrytm-rubbningar, även kallat arytm, kan uppkomma till följd av en hjärtinfarkt eller på grund av annan bakomliggande hjärtsjukdom. Med arytm i hjärtstoppssituationer menas kammarflimmer alternativt kammartakykardi eller avsaknad av rytm, även kallat asystoli. Dessa tillstånd innebär att hjärtat drabbas av ett elektriskt kaos med hög slagfrekvens vilket medför att hjärtat inte förmår att dra ihop sig på ett sådant sätt att kroppens cirkulation kan upprätthållas. Medfödda hjärtfel kan medföra plötsligt och oväntat hjärtstopp hos personer med obehandlade hjärtfel.

Proppar i lungan, så kallat lungemboli kan orsaka plötsligt hjärtstopp hos såväl hjärtsjuka som hjärtfriska. Traumatiskt hjärtstopp innebär hjärtstopp med föreliggande trauma som orsak. Intoxikationer och drunkning är andra orsaker till hjärtstopp på akutmottagning (Hjärt-lungfonden, 2012).

Hjärt-lungräddning

Med hjärt-lungräddning (HLR) menas ett försök att upprätthålla cirkulation och syresättning av vitala organ genom yttre ventilation av lungorna samt kompressioner på bröstkorgen hos en person med hjärtstillestånd. I vissa fall behövs en hjärtstartare, även kallad defibrillator, för att hjärtat ska kunna återfå egen bärande rytm genom att en elstöt ges genom hjärtat. Målet med hjärt-lungräddning är att personen ska återfå spontan cirkulation och andning (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011).

Avancerad hjärt- och lungräddning bedrivs av utbildad personal intrahospitalt samt inom ambulanssjukvården. Inom avancerad hjärt-lungräddning tillförs läkemedel och patienten intuberas. Administrering av läkemedlen som ingår i avancerad hjärt- och lungräddning kan ge bättre förutsättningar för hjärtat att återfå funktion (Neumar et al., 2010). Omvårdnadspersonal är ansvariga för att upprätthålla sina kunskaper och färdigheter samt ha förståelse för etiska principer innan de deltar i en återupplivningssituation (Bossart et al., 2015).

Kedjan som räddar liv

Kedjan som räddar liv innefattar tidiga varningssignaler och tidigt larm, tidig HLR, tidig defibrillering och vård efter hjärtstopp. Detta summerar det vitala delarna som behövs för en lyckad återupplivning (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011; Monsieus et al., 2015).

Kedjan börjar med att känna igen varningssignaler och tidigt larm. Att tidigt se tecken så som bröstsmärta och larma 112 så att ambulanspersonal kan hinna komma innan det uppstår ett hjärtstopp. Tidig upptäckt när det blivit ett hjärtstopp är en förutsättning för en optimal kedja som räddar liv. Det viktigaste tecknet på hjärtstopp är medvetlöshet. En person med hjärtstopp kan ha viss andning kvar, så kallad agonal andning. Agonal andning kan finnas hos upp till 40 procent av hjärtstoppen de första minuterna efter att hjärtat stannat. Omedelbar HLR kan fyrdubbla chanserna till överlevnad vid ett hjärtstopp och HLR med god kvalitet bör utföras medan defibrillatorn hämtas. Helst ska bröstkompressioner med inblåsningar utföras men är den som utför hjärt-lungräddningen oerfaren kan denna instrueras att enbart utföra bröstkompressioner (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011; Bossaert et al., 2015).

Tidig defibrillering är en viktig faktor gällande överlevnaden vid ett hjärtstopp. Defibrillering inom 3-5 minuter kan ge överlevnadssiffror på 50-70 procent. Numera finns automatiska defibrillatorer i många offentliga rum, en automatisk defibrillator berättar för användaren hur den ska göra och är lätt att använda (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011; Bossaert et al., 2015). Det är framför allt två faktorer som är betydande för överlevnaden vid plötsligt hjärtstopp och dessa är tiden från kollaps till hjärt-lungräddning samt tiden från kollaps till defibrillering (Svensson et al., 2010).

Anhörignärvaro vid hjärt-lungräddning

Anhörignärvaro i samband med hjärt-lungräddning innebär att en eller flera familjemedlemmar närvarar i rummet under pågående återupplivningsförsök och därigenom har visuell och/eller fysisk kontakt med patienten (Leske, McAndrew & Brasel, 2013). Enligt Monsieus et al. (2015) erbjuder 31 procent av europeiska länder vanligtvis anhöriga att närvara vid HLR. En kartläggning utförd i England visar att fem procent av 984 sjukhus har riktlinjer gällande anhörignärvaro vid HLR (MacLean et al., 2013). Ett flertal hälso- och sjukvårdsorganisationer har publicerat rekommendationer som stödjer anhörignärvaro vid återupplivningsförsök och/eller invasiva procedurer (Emergency nurses association, 2010; American association of critical- care nurses, 2016; Field et al., 2010; Monsieus et al., 2015). Studier har visat att anhörignärvaro inte förändrar vården av patienten, samt att utgången för patienten blivit densamma oavsett om anhörig är närvarande eller ej. Vidare finns beskrivet att det inte finns några stöd för att anhöriga blir traumatiserade av att bevittna återupplivning (American association of critical- care nurses, 2016).

Anhörignärvaro vid hjärt-lungräddning har varit ett omdiskuterat ämne ända sedan det först introducerades som praxis på ett sjukhus i Michigan. En studie publicerades som beskrev 70 familjemedlemmars upplevelser i samband med deltagande vid hjärt- och lungräddning (Doyle et al., 1987). Efter detta har ett antal liknande studier utförts kring anhörignärvaro vid HLR med syfte att beskriva anhörigas upplevelser av att närvara vid HLR samt hur personal inom hälso- och sjukvård upplever anhörignärvaro och deras attityder till ämnet.

Anhörigas upplevelser av att närvara vid hjärt- och lungräddning

År 1982 började personal på Foote Hospital i Michigan ifrågasätta rättsvisan i att exkludera anhöriga från att närvara under återupplivningsförsök på deras anhöriga. Detta resulterade i att Doyle et al. publicerade den första artikeln kring anhörignärvaro vid hjärt-lungräddning 1987, efter att ha bjudit in anhöriga att närvara vid återupplivningsförsöket tillsammans med en personal vid sin sida. Det var 51 personer deltog i studien som bestod av enkäter. Flertalet studier har efter Doyle et al., 1987 visat att majoriteten av närstående tyckte att det är viktigt och värdefullt att närvara under återupplivningsförsök på sin anhörige. Vidare kunde närvaron hjälpa den anhörige att förstå allvaret i situationen samt reducera tvivel kring om personalen gjort allt de kunnat (Holzhauser, Finucane & De Vries, 2006; Meyers et al., 2000; Leske et al., 2013). Flertalet studier har även visat att närvara kunde hjälpa anhöriga att få ett avslut och hjälpte sorgeprocessen. Anhöriga fick även möjlighet att bidra med viktig information kring patienten Majoriteten av anhöriga som närvarat vid HLR skulle göra det igen (Meyers et al., 2000; Robinson et al., 1998).

Leske et al. (2013) har visat på att även anhöriga som bevittnat hjärtstopp och HLR vid traumatiska hjärtstopp var positiva till att ha deltagit i akutrummet. Anhöriga var imponerade av teamets arbete inne på rummet och samtliga anhöriga beskrev det som tröstande och kände tillförlit när de såg personalen arbeta. Närstående var glada att de deltagit och många skulle rekommendera det till andra, medan vissa anhöriga ansåg att lämpligheten i det måste bedömas från person till person. Anhöriga ansåg det som sin roll att skydda och trösta patienten samt att bidra med viktig information om patienten till personalen. De som fått vara nära och vidröra patienten beskrev detta som positivt och de som inte haft den möjligheten hade velat komma närmare för att kunna hålla handen och ge stöd (Leske et al., 2013).

Den anhörige bör ha en omvårdnadspersonal eller kurator vid sin sida under HLR för att förbereda inför vad denne kommer att se innan de går in i rummet, samt för att stötta och förklara vad som händer under återupplivningsförsöket (Doyle et al., 1987; James, Cottle & Hodge, 2011; Lederman & Wacht. 2012; Field et al., 2010; Bossaert et al., 2015).

Hur påverkas anhöriga av att närvara vid HLR

Jabre et al. (2013) har gjort en kvalitativ studie där de undersökt prevalensen av posttraumatiskt stresssyndrom (PTSD) relaterade symptom 90 dagar efter att ha bevittnat hjärt-lungräddning på en anhörig. Studien visade att interventionsgruppen, som systematiskt blivit tillfrågade att närvara vid HLR, hade positiva resultat gällande psykologiska variabler. Det framkom att PTSD- relaterade symptom var signifikant högre hos dem som inte bevittnade HLR samt att ångestrelaterade symptom förekom oftare hos dessa. Vidare visade studien att depressionssymptom förekom mer sällan hos de anhöriga som närvarat vid HLR än hos de som inte gjort det (Jabre et al., 2013). Royal college of nursing (2002) skriver i sina riktlinjer för anhörignärvaro vid HLR att det kan vara fördelaktigt för de anhöriga att själva få se att allt som kunnat göras gjorts för patienten. De nämner även att fantasin om vad som pågår på akutrummet är värre än att se det i verkligheten. Att den anhörige får ta i patienten medan den är varm och att de får säga ett sista innan patienten förklarats död anses som positivt (Royal college of nursing, 2002). Enligt American association of critical- care nurses, (2016) finns inte några stöd för att anhöriga blivit traumatiserade av att bevittna återupplivning.

Sjuksköterskors attityder och erfarenheter kring anhörignärvaro vid hjärt-lungräddning.

Sjuksköterskors attityder och upplevelser om anhörignärvaro skiljer sig beroende på vilken litteratur som läses. Sak- Dankosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist (2013) skrev i sin

översiktsartikel att erfarenheterna av anhörignärvaro var små och att kultur och lokala skillnader verkade spela stor roll. Sak- Dankosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist (2015) visade i sin studie att sjuksköterskor från sjukhus i Finland och Polen hade liten erfarenhet av och ställde sig överlag negativa till anhörignärvaro vid HLR. I studien framkom viss skillnad mellan länderna där polska sköterskor hade fler negativa erfarenheter av anhörignärvaro än finska. Vidare skrev Sak- Dankosky et al. (2015) att en eller fler negativa erfarenheter av anhörignärvaro signifikant bidrog till en mer negativ inställning till anhörignärvaro, medan en eller fler positiva upplevelser bidrog till det motsatta. Wacht, Dopelt, Snir & Davidovitch (2010) beskrev attityder där personalen känner att anhörigas närvaro stört, jobbet blev svårare att utföra och pressen högre. De menade också att det kunde vara en traumatisk upplevelse för den bevittnande närstående. I denna artikel beskrevs sjuksköterskor ha en mer positiv attityd till anhörignärvaro än läkarna medan Sak- Dankosky et al. (2015) menar att läkarna hade lättare att acceptera detta.

I en artikel av Lederman och Wacht (2012) som beskrev attityder från sjuksköterskor, läkare och socialarbetare vid Yale-New Haven sjukhus visade det sig att majoriteten, 77 procent, av personalen var positiv att bjuda in anhöriga att närvara vid HLR. Att patienten blev mer mänsklig beskrivs i artikeln som både negativt och positivt. En respondent menade att detta inte var till hjälp då det kan störa beslutsfattandet hos personalen. En annan respondent beskrev att den blev mer motiverad när familjen närvarar och att hen blev extra fokuserad i hjärtstoppssituationen. Positiva attityder kring anhörignärvaro vid HLR handlade framförallt om att det var gynnsamt för familjen och patienten. Det framkom även att familjens närvaro kunde hjälpa personalen att agera mer professionellt (Lederman & Wacht, 2012). Vidare visar Jabre et al. (2013) att stressnivån hos personalen inte var högre vid de fall där familj var närvarande vid HLR och anhöriga inte tenderat att störa vid återupplivningsförsök. Studier har även visat att anhörignärvaro inte förändrar vården av patienten samt att utgången för patienten blev densamma oavsett om anhörig är närvarande eller ej.

Problemformulering

Att som anhörig bevittna ett hjärtstopp och behandling vid hjärtstopp hos en närstående kan upplevas som traumatiskt. Huruvida anhöriga bör närvara eller inte vid återupplivningsförsök har varit omdiskuterat sedan den första publicerade artikeln kring ämnet.

Tidigare utförda studier har visat att det kan vara gynnsamt för anhöriga att närvara. Vid en del sjukhus i Sverige finns en praxis gällande att bjuda in anhöriga att närvara vid HLR men vid andra sjukhus är det ovanligt. Flera studier gällande anhörignärvaro vid HLR är utförda och studierna visar på kunskapsluckor inom området. Sak- Dankosky et al. (2013) beskriver att ett fåtal studier med kvalitativ ansats har utförts och att det därmed finns en kunskapslucka kring hur personal upplever och ställer sig till anhörignärvaro i samband med HLR inom akutsjukvård. Därmed är det av vikt att beskriva sjuksköterskors upplevelser av anhörignärvaro vid HLR.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av anhörignärvaro vid hjärt-lungräddning inom akutsjukvård.

METOD

Ansats och design

En deskriptiv kvalitativ intervjustudie genomfördes för att svara mot uppsatt syfte. Kvalitativ metod är i enlighet med Polit och Beck (2012) lämplig metod för att fånga och få förståelse för individuella upplevelser, känslor, föreställningar, åsikter och kunskaper. Kvalitativ metoddesign utvecklas och växer fram under studiens gång och analysen kan utföras parallellt med datainsamling (Polit & Beck, 2012). Metoden för datainsamlingen var semi-strukturerade intervjuer. Detta för att inhämta rik och detaljerad information kring ämnet som avsåg att studeras. Denna intervjumetod är bäst lämpad när författaren vill fånga upp och beskriva erfarenheter och upplevelser kring ett visst ämne eller fenomen (Polit & Beck, 2012).

Urval och deltagare

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier var sjuksköterskor som jobbar på akutmottagning och hade erfarenhet av anhörignärvaro vid HLR. Ingen begränsning gjordes utifrån arbetslivserfarenhet eftersom syftet kunde besvaras även av en nyanställd sjuksköterska med erfarenhet i ämnet.

Deltagare till studien rekryterades vid en medelstor akutmottagning i norra Sverige. Deltagarna tillfrågades och inkluderades utifrån ett bekvämlighetsurval på författarens egen arbetsplats. Samtliga sjuksköterskor, som vid tillfället arbetade på den utvalda akutmottagningen, tillfrågades om de hade erfarenhet av anhörignärvaro vid HLR. Sju sjuksköterskor hade erfarenhet av detta och dessa sju tillfrågades och gav samtycke till deltagande. Könsfördelningen bland de inkluderade var; fyra män och tre kvinnor. Deltagarna var mellan 25 och 45 år gamla. Två arbetade uteslutande natt och övriga arbetade enligt treskift. De inkluderade hade arbetat vid akutmottagning i minst ett år.

Genomförande

Brev till verksamhetschef

Ett brev med information och förfrågan om tillstånd att genomföra studien sändes till verksamhetschefen på kliniken. Syftet med brevet till verksamhetschefen var att kort introducera denne i ämnet och beskriva genomförandet samt att inhämta godkännande för att utföra studien på enheten. Brevet skickades med internpost med en påminnelse via e-post efter några dagar, varpå ett beslut om godkännande delgavs författaren. Verksamhetschefen godkände att studien utfördes på ordinarie arbetstid om verksamheten tillät detta.

Forskningspersoninformation

Tillfrågade informanter erhöll forskningspersonsinformation (bilaga 1). Denna innehöll skriftlig information om studiens bakgrund, syfte och tillvägagångssätt samt kontaktuppgifter till författaren. I samband med intervjuerna gick författaren igenom informationen och informanterna fick möjlighet att ställa frågor och därefter gav de ett skriftligt samtycke till deltagande.

Intervjuguide

En intervjuguide utformades (bilaga 2) för att ge struktur åt intervjuerna samt vara ett stöd för författaren att hålla intervjun inom ramen för uppsatt syfte. I enlighet med Polit och Beck (2012) utformades frågorna utifrån en öppen karaktär med utrymme för fri reflektion. Första

frågan i intervjuguiden var bred och tillät informanten att fritt berätta kring dennes upplevelser av anhörignärvaro vid hjärt-lungräddning, detta för att låta informanterna reflektera i stort över ämnet (Kvale & Brinkmann, 2014). Efterhand smalnade frågorna av något mot mer specifika frågeställningar riktad mot syftet. Följdfrågor samt uppföljande frågor formulerades, exempelvis ”hur menar du” eller ”kan du utveckla...”. Dessa användes för att klargöra, utveckla och förtydliga de svar som intervjuguiden gav.

Datainsamling

Pilotintervju

En pilotintervju genomfördes innan studien startade för att i enlighet med Kvale och Brinkmann (2014) testa intervjuguiden och om möjligt höja kvalitén på efterföljande intervjuer. Informanten till pilotintervjun valdes ut i enlighet med bekvämlighetsurval och tillfrågades. Pilotintervjun transkriberades och genomlästes av författare och handledare för att utvärdera att intervjuguiden gav svar utifrån studiens syfte. Intervjun ansågs besvara syftet och inkluderades sedermera i datainsamlingen. Pilotintervjun föranledde inte någon revidering av intervjuguiden.

Intervjuer

Sju intervjuer genomfördes under tidsperioden december 2015 och januari 2016. Intervjuerna spelades in med en digital diktafon och varje intervju pågick mellan 18-32 minuter. Informanterna erbjöds möjlighet att välja tidpunkt och plats för intervjun. Detta för att intervjuerna skulle inkräkta så lite som möjligt på deras tid. En intervju genomfördes hemma hos författaren, en intervju hemma hos informanten och fem intervjuer hölls på avskild plats på informanternas arbetsplats. Två informanter intervjuades under arbetstid, övriga före eller efter arbetstid. Alla intervjuerna utfördes på en lugn och avskild plats för att skapa en miljö för informanten att delge sina upplevelser samt att undvika avbrott i intervjun (Polit & Beck, 2012; Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjun inleddes med småprat för att sedan gå in på allmänna bakgrundsfrågor om informanten, detta för att skapa en avslappnad stämning. Författaren försökte bekräfta informanten för att ge en positiv känsla under intervjun för skapa en tilltro och förutsättningar för att få informanten att tala fritt (Polit & Beck, 2012). Eftersom informanterna var kollegor till författaren krävdes tydlighet för att visa när vänskapligt samtal var slut och den formella intervjun börjat.

Dataanalys

Transkribering

Intervjuerna transkriberades ordagrant i nära anslutning till att de slutförts. Vid transkribering användes ett hjälpprogram för att kunna sakta ned uppspelningshastigheten samt att spola tillbaka i ljudfilen. Efter transkribering lästes intervjuerna igenom av författaren samtidigt som de lyssnades igenom för att säkerställa att de transkriberats korrekt. Justeringar i den transkriberade texten gjordes där fel uppkommit. Samtliga transkriberingar utfördes av författaren.

Analys

Kvalitativ analysprocess är enligt Polit och Beck (2012) utmanande och författaren behöver känna sitt material väl och lyckas strukturera upp data och fånga essensen i texten. En annan utmaning i kvalitativ analys är att plocka isär materialet till mindre och mer hanterbara beståndsdelar och samtidigt inte tappa bort rikedomerna i materialet (Polit & Beck, 2012).

Det insamlade materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys beskriven av Granheim och Lundman (2004). För att tydliggöra och dela upp materialet upprättades en innehållsmatrix. Analysen inleddes med att författaren genomläste den transkriberade texten i sin helhet upprepade gånger. Detta för att som författare få en förståelse för innebörden i texten. Därefter fortskred analysen genom att identifiera meningsbärande enheter som gav svar i enlighet med uppsatt syfte. En meningsenhet innebar att en del av, i det här fallet, den transkriberade intervjun som var av intresse för syftet plockades ut. Det är av stor vikt att rätt meningsenhet plockas ut och att de är av lagom storlek så att rätt betydelse kommer fram (Granheim & Lundman, 2004). När meningsenheter identifierats och markerats i texten, kondenserades meningsenheterna vilket innebar att det väsentligaste i meningsenheten valdes ut, dock utan att tolka eller förändra innebörden av meningsenheten. Vid kondensering är det av vikt att kontexten bibehålls så att analysen inte blir felaktig (Granheim & Lundman, 2004). Efter kondenseringen, kodades de kondenserade meningsenheterna för att underlätta kategoriseringen. Koderna kategoriserades och utifrån kategorierna formulerades två teman. För att göra analysen trovärdig tolkade inte författaren texten i de manifesta delen (meningsenheter, kondensering och koder). Analysprocessen presenteras i tabell 1.

Tabell 1- exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet.	Kondenserad meningsenhet.	Kod	Kategori	Tema
Skulle vara nära, skulle hålla handen, grinade och skrek. Då blir det ju ganska svårjobbade. Det var medicinjouren som sa till anhöriga att ”ni får faktiskt gå ut härifrån”	Dom skulle vara nära, hålla handen, grinade och skrek. Då blir det ganska svårjobbade. Medicinjouren sa att anhöriga inte fick vara kvar på rummet.	Svårjobbade	Utmaningar / fördelar kring anhörignärvaro	Upplevelsen av att vara i en känslostorm och utföra hjärt- och lungräddning
När närstående går fram och säger hejdå då blir det jättekänsligt och då blir man ju jätteledsen, för deras skull. Det trillar några tårar, för att det är jobbigt att se förlusten.	När närstående säger hejdå, då blir man ju jätteledsen för deras skull. Det är jobbigt att se förlusten.	Ledsen för deras skull	Att bli berörd som sjuksköterska och medmänniska.	Upplevelsen av att vara i en känslostorm och utföra hjärt- och lungräddning
Det blir verkligen tydligt att det var som över, om man kan säga så, för den anhörige. Att det blir mer acceptabelt på nått sätt. Att vi gjort allt och det gick inte. Så jag tyckte det var väldigt positivt	Det blir verkligen tydligt att det var över för den anhörige, att det blir mer acceptabelt, att vi gjorde allt och det gick inte.	Lättare att acceptera	Sjuksköterskans syn på vad anhörignärvaro medför för de anhörige.	Sjuksköterskans reflektioner kring huruvida anhöriga gynnas av att närvara eller ej

Men jag tänker med att det (att anhöriga inte blir tillfrågade) har att göra med att personalen blir mer känslomässiga, det tror jag.	Jag tror att anhöriga inte blir tillfrågade har att göra med att personalen blir mer känslomässiga.	Anhöriga blir inte tillfrågade för att personaler blir mer känslomässiga	Att tillfråga eller inte tillfråga, det är frågan	Sjuksköterskans reflektioner kring huruvida anhöriga gynnas av att närvara eller ej
---	---	--	---	---

Forskningsetiska övervägande

Forskning är viktigt och nödvändigt för både individers och samhällets utveckling. Samhället har därför ett krav på att forskning bedrivs, det så kallade forskningskravet, vilket innebär att kunskaper utvecklas och fördjupas och metoder förbättras via vetenskaplig forskning. Utgångspunkten för forskningsetiska överväganden är individskyddskravet som innebär ett krav på skydd mot insyn. Deltagaren får inte heller utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning (Vetenskapsrådet, uå).

För att upprätthålla individskyddskravet har fyra huvudkrav formulerats: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, uå). Informationskravet innebär att all information som behövs för att den tilltänkta informanten ska kunna göra ett adekvat beslut ska delges på ett sådant sätt att det inte misstolkas. Detta inkluderar information eventuella risker samt obehag med att delta i studien, samt att studien är frivillig och endast används till forskning. Med samtyckeskravet menas att, efter konkret och tillhandahållen information, skall ett skriftligt intyg om frivillighet inhämtas. Informanten ska även informeras om att denne när som helst får avbryta deltagandet och forskaren får då inte påverka eller pressa deltagaren att fortsätta delta i studien. Konfidentialitetskravet handlar om informantens rätt till konfidentialitet i största möjliga mån och personuppgifter ska behandlas så att obehöriga ej tar del av dem. Personuppgifter ska avidentifieras i skrift och anteckning och vid större studier med flera forskare inblandade bör en tystnadsplikt undertecknas. Enligt nyttjandekravet ska individuppgifter endast användas i forskningssyfte och får inte heller användas för beslut eller åtgärder som påverkar informanten. Med detta menas att information som framkommit i studien inte får användas för att exempelvis initiera tvångsvård på en sjuk person (Vetenskapsrådet, uå).

I enlighet med individskyddskravet har inga persondata avslöjats i studiens resultat och svar har presenteras på ett sätt så att enskild individ inte kan identifieras. Tydlig forskningspersonsinformation till deltagarna delgavs både muntligt och skriftligt och samtycke inhämtades skriftligt (se bilaga 2). Forskningspersonsinformationen har utformades med hjälp av EPN:s riktlinjer samt i enlighet med informations- och samtyckeskravet (Vetenskapsrådet, uå). Deltagarna fick information om att all data hålls inlåst och otillgängligt för obehöriga. Den insamlade informationen har endast använts till studiens ändamål.

Deltagarna fick information om att de när som helst kunde avbryta deltagandet och radera informationen som redan delgivits. Det bedömdes att en viss risk förelåg att starka känslor kunde framkomma under intervjuerna. Detta ställdes mot mot nyttan för deltagaren att kunna delge och vädra sina upplevelser, samt nyttan av samlad information från studien. Sammantaget bedömdes nyttan med studien vara högre än eventuella risker.

Forskning som sker som en del av högskoleutbildning undantas från kravet att söka tillstånd hos etikprövningsnämnden. Därför ansöktes inte om något sådant tillstånd till denna studie (SFS, 2003:460). Däremot godkändes projektplanen av examinator på Sophiahemmet högskola innan studien påbörjades. Även tillstånd från verksamhetschef inhämtades innan datainsamling påbörjas.

RESULTAT

Analysen resulterade i två teman med två underliggande kategorier till vardera tema (Tabell 2). De två teman som formulerades var: upplevelsen av att vara i en känslostorm och utföra hjärt- och lungräddning samt upplevelsen kring att utföra hjärt- och lungräddning i närvaro av anhöriga.

Tabell 2, Teman och kategorier

Tema	
Upplevelsen av att vara i en känslostorm och utföra hjärt- och lungräddning.	Sjuksköterskans reflektioner kring huruvida anhöriga gynnas av att närvara eller ej.
Kategorier	
Utmaningar och fördelar med anhörignärvaro	Sjuksköterskans syn på vad närvaro medför för anhöriga
Att bli berörd som sjuksköterska och medmänniska	Att tillfråga eller inte, det är frågan

Upplevelsen av att vara i en känslostorm och utföra hjärt- och lungräddning

Att ha anhöriga närvarande under pågående återupplivningsförsök kan vara känslomässigt både för de anhöriga och personal. Under intervjuerna framkom upplevelser som beskrevs som en storm av känslor inne på akutrummet när anhöriga bevittnar och efter HLR avslutas. Under detta tema beskrivs utmaningar med anhörignärvaro samt sjuksköterskornas känslomässiga reflektioner.

Utmaningar och fördelar med anhörignärvaro

Många av sjuksköterskorna beskrev hur anhöriga oftast sitter lugnt och stilla i ett hörn när de bevittnar pågående HLR- arbete. De flesta sjuksköterskorna hade däremot även erfarenhet av när känslor tar överhand och den anhörige blivit utåtagerande på olika vis. Antingen genom att skrika och gråta, vilja ta i patienten eller genom att vara i vägen. Detta kan ge upphov till en viss utmaning i hjärtstoppssituationen. En sjuksköterska beskrev en situation där anhöriga var så pass verbala och fysiskt i vägen att de fick ledas ut ur rummet för att arbetet skulle kunna fortgå.

”Däremot en gång så hade jag ju typ en hel familj med. Hysteriska. Å då vart det ju till slut så att vi sa att: ”ni får inte vara här inne”. För det funkade inte. Skulle vara nära, skulle hålla handen, grinade och skrek. Då blir det ju ganska svårjobbade. Då märker man ju också hur svårt det kan bli att jobba med anhöriga i rummet... Dels blir det svårt att komma åt, att komma fram till patienten.”
(Informant 6)

Andra sjuksköterskor beskrev att anhörigas närvaro kan ha stört kommunikationen relaterat till hög ljudnivå, eller att de varit i vägen för arbetet och läkaren bett personalen att fysiskt flytta på den anhörige. En sköterska berättade hur en anhörig, efter att återupplivningsförsöket var avslutat, varit nära på att fortsätta HLR själv. I situationer där anhöriga varit högljudda eller i vägen kunde personalen känna en ökad stress inför uppgiften. En informant tog upp att det finns en viss risk att personalen blir distraherade och att större fokus krävs för att kunna ”ignorera” anhöriga och istället fokusera på återupplivningsförsöket. Ingen av informanterna hade dock upplevt att anhörigas närvaro, i form av störande beteende eller för att de fysiskt varit i vägen, påverkat utgången för patienten negativt. Det nämndes att läkaren möjligtvis drar ut på att avsluta återupplivningen för anhörigas skull. En informant berättade om en situation där det uppstod en konflikt när anhöriga ville avsluta återupplivningsförsöket medan läkaren ville fortsätta. Detta upplevdes känslomässigt förvirrande och ställde personalstyrkan inför ett ovanligt etiskt dilemma.

”Hon var ganska högljudd och kanske kan tyckas, egentligen störande för kommunikationen i teamet...” (Informant 7)

”När dom som var så ledsna var med så vart det ju ändå väldigt märkbart att alla vart som mer stressade och alla vart mera, men dels för att försöka överrösta dom för att man.. alla skulle höras.” (Informant 3)

Att ha anhöriga närvarande under pågående hjärt- och lungräddning kan medföra ökad stress för sjuksköterskan. I många av berättelserna beskrevs att närvaron av anhöriga gjort dem nervösa och obekväma. En informant menade att hen påverkats negativt av att hela situationen blivit mer känslösam, och därför haft svårare att distansera sig till situationen och på grund av detta haft svårare att förhålla sig professionell. En annan av sjuksköterskorna menade att det blivit påtagligt att det är en person extra i rummet som ska tas omhand och det framkom att känslan av att känna sig iakttagen under arbetet och att detta kan göra att stressen ökar.

”Det inverkar nog på det sättet att jag blir mer nervös, att jag kanske blir blockad.” (Informant 4).

”Sen blir det ju som ändå så att man känner av det, att det sitter nån och tittar på eller vad man nu ska säga. Ja men, det är verkligen någon som tittar på. Som inte jobbar där inne som alla andra. Alltså jag är inte bara där som sjuksköterska då. Alltså utan då är man som anhörigvårdare samtidigt. Jag har två stycken människor man ska hantera eller vad man nu ska säga.” (informant 3)

En utmanande och känslös situation som beskrevs i en av intervjuerna var en gång då anhörig ifrågasatt avslutandet av återupplivningsförsöket inne på rummet och ej kunnat riktigt kunnat acceptera beslutet. Detta medförde att informanten fått känslan av otillräcklighet, som möjligtvis inte hade uppkommit om inte anhörig varit där.

”...och han skrek ju: varför slutar ni, varför slutar ni?! Liksom sådär. Å då kände man sig ju värdelös, så var det ju. Man kände ju själv att man ville, man ville ju liksom ge mer men...” (Informant 5.)

En annan sjuksköterska nämnde ovana med anhörignärvaro som en bidragande faktor till en känsla av ökad stress, och trodde att en ökad förekomst av anhörignärvaro skulle göra att dessa situationer skulle kännas naturligare.

”Det är en tränings sak tänker jag. Nu blir man ju så paff. Så jag tror att om det är så att om 50 procent av gångerna var så att man hade någon med sig, en närstående i rummet, så skulle det bli naturligare på nått sätt.”

(Informant 1.)

Trots ovannämnda utmaningar var alla informanterna positivt inställda till anhörignärvaro vid hjärt- och lungräddning. De menade att hjärtstoppsteamet var så pass professionella att de lyckades fokusera på uppgiften trots eventuella störningsmoment, som till exempel en upprörd eller utåtagerande anhörig. Ingen av de intervjuade sjuksköterskorna tyckte att anhörignärvaro hade påverkat deras arbetsinsats gentemot patienten negativt. De beskrev att fullt fokus varit riktat mot patienten. Vidare framkom enighet om att anhöriga har rätt att delta, alla utmaningar till trots, och att personalens möjliga obekvämheter inte ska hindra den anhörige att få dela sin sista stund med patienten.

”På nått konstigt sätt känns det ändå som att det inte är så stor skillnad för mig eller teamet som jobbar med patienten. För vi gör ändå det vi ska, oavsett om dom är där eller inte är där” (Informant 6)

”...men min obekvämheter får ju stå åt sidan tycker jag för att dom ska få en så bra upplevelse som möjligt. Så får ju jag bara leva med att jag blir mer obekvämt så, och så är det ju” (Informant 3)

De flesta sjuksköterskorna nämnde även en rad positiva aspekter för personalens skull. Den mest framträdande fördelen med att ha anhöriga närvarande under pågående HLR var enligt informanterna att stämningen på akutrummet under återupplivningen förbättrades. De beskrev en lugnare, finare och mer genomtänkt kommunikation i rummet. En av informanterna menade att det var känslan i rummet som avgjorde hur arbetsinsatsen upplevdes. Lugnare kommunikation gav personalen en känsla av ett väl utfört arbete och i förlängningen bidrog detta till personalens välmående.

”Det är inte ett helt samarbetat team, vilket gör att vissa ibland kan vara lite högljudda, det kan vara lite stöj, men jag tycker att när man har haft anhöriga med har det lugnat ned sig. Många tänker en gång extra innan man uttrycker något dumt, utan det blir vänligare ton därinne också. ...och har man då en känsla av att det här gick bra, att det var lugnare därinne så är det ju positivt för personalens välmående”” (Informant 2)

En informant nämnde att i mötet med en sörjande anhörig, som just mist någon de älskat, skapades erfarenhet av bemötandet av människor i sorg. Vikten av att se hela människan lyftes, att ha anhöriga med under återupplivningsprocessen kunde ge en känsla av att ha gjort ett bättre jobb för patienten. En annan sjuksköterska tyckte att det var bra att anhöriga närvarade för att alla är samlande i samma rum och att det då var lättare att ge information direkt till dem och sjuksköterskan slapp känna sig stressad över att hinna iväg till ett annat rum för att informera anhöriga.

Att bli berörd som sjuksköterska och medmänniska.

En av de intervjuade sjuksköterskorna förklarade att anhörigas känslor smittar av sig på

stämningen i rummet. Personalen berörs då av den känslomässiga svallvåg som uppkommer när man valt att avsluta återupplivningsförsöket. Merparten av de intervjuade sjuksköterskorna nämnde att i och med att anhöriga närvarat i rummet under pågående HLR så förmänskligades patienten. Det var inte längre en medvetlös kropp som låg där, utan det var en människa med ett föregående liv som de anhöriga gestaltade med sin närvaro. Denna påminnelse beskrevs som positiv men samtidigt jobbig. Förmänskligandet av patienten gav även en påminnelse om hur viktigt arbetet som utförs är, att det handlar om liv och död. Det kunde, enligt många av informanterna, även vara jobbigt att patienten blir mänskligare. Det kunde då upplevas svårare för sköterskan att distansera sig till den avlidne patienten och dess anhöriga, vilket medförde att man som personal blev mer känslomässigt berörd av situationen.

”Positivt för mig att ändå påminnas om att det inte bara är ett stille [hjärtstillestånd]. Att det ändå liksom är.. att man ändå vet vad det är man jobbar med. Att man ändå jobbar med liv och död och ge sig själv en klapp på axeln för det också.” (Informant 1)

”Dom börjar gråta, dom pussar på patienten och då känner man verkligen det här, men vänta nu. Det här är inte bara en patient med ett hjärtstopp. Det här är ju någons sambo, det är någons morbror, det är någons pappa och då blir det.. Det kommer närmare på nått sätt och då blir man ju också mer känslomässigt berörd.” (Informant 2)

Några informanter pratade om att när anhöriga var med så kunde de härleda det till sina egna anhöriga på ett annat sätt och att de blev mer rörd när anhöriga närvarade än om patienten var själv på rummet. Framför allt beskrev informanterna att känslorna kom efter det att återupplivningsförsöket avslutats och de anhöriga tog sitt farväl. Då hade sjuksköterskan nämligen inte en HLR- algoritm att fokusera på längre och anhörigas närvaro och känslor trängde sig då på. Att se att de anhöriga blir ledsna, att se hoppet försvinna och att dela de anhörigas sorg beskrevs som en jobbig men fin upplevelse. Några av sjuksköterskorna berättade att de efter återupplivningsförsök kunde bli ledsna för anhörigas skull. Att möta och hantera den första känslomässiga reaktionen när ett återupplivningsförsök avslutats beskrevs som det jobbigaste och svåraste i en sådan situation.

”Jättefint att få va med i den sorgen, fast jobbigt också.. Nä men det var jättefint, men också jobbigt att se sorgen när det uppdagades att vi avbryter och det är kört. Att se hoppet släckas i hans ögon. Det är ju inge kul att bevittna. Men ja.. Nyttigt också kanske.” (Informant 3)

Flera av informanterna nämner att de i efterhand bättre kommer ihåg de hjärtstopp där anhöriga har varit med i rummet då de upplevts som speciella. En sköterska berättade om ett traumatiskt hjärtstopp där både patienten och anhörig var relativt unga. Anhörig hade gjort hjärt- och lungräddning i hemmet och var således alldeles blodig runt munnen, där den anhörige var något som etsat sig fast i den sköterskans minne.

”Det är en av dom här få som man faktiskt bär med sig.... Jag kommer aldrig att glömma hur han hade blod kring munnen.” (Informant 5).

Sjuksköterskans reflektioner kring huruvida anhöriga gynnas av att närvara eller ej

Detta tema belyser sköterskans reflektioner och upplevelser av vad närvaro medför till anhöriga. Här framkom även upplevelser kring ifall anhöriga inbjuds att närvara eller ej, samt tankar och reflektioner kring detta.

Sjuksköterskans syn på vad närvaro medför för anhöriga

Genom denna studie framkom inte bara sjuksköterskans egna känslor och erfarenheter. Mycket fokus lades även på hur informanterna uppfattade att de anhöriga upplevt situationen. Informanterna betonade betydelsen för anhöriga som en viktig del i sjuksköterskans upplevelse av anhörignärvaro. Det mest framträdande, som visade sig i intervjuerna, var att informanterna ansåg att det var positivt för de anhöriga att närvara vid HLR. Att få se att personalen gjorde allt de kunde för att rädda patienten och att det är mycket personal och många läkare som lägger allt fokus på patienten ansågs viktigt för den anhörige. Informanterna beskrev även ett väl inövat och metodiskt arbetssätt under HLR situationen och menade att det var positivt för anhöriga att få se detta.

”Allting är ju väldigt strukturerat och vi har ett väldigt bra arbetssätt vid hjärtstopp. Så det jag har upplevt rent generellt är att dom får se vad vi gör. Dom får se att vi liksom försöker och det tycker jag är bra. Det är min personliga uppfattning.. Då slipper man det här what if.” (Informant 5)

En annan positiv aspekt som nämnades var att anhöriga slapp sitta i ett avskilt rum och fundera på vad som händer, utan får istället se det själv. Detta, menade några av informanterna, gjorde att det sedan blev lättare för den anhörige att förstå vad som hade hänt, lättare att acceptera att det inte gick vägen, lättare att bearbeta sorgen och även lättare att sedan berätta vad som hänt till resten av familjen. Att vara delaktig och inte känna sig överkörd, att få ta ett fint avsked medan patienten fortfarande är varm, att få känna att man är med i sista stunden och att det är det sista man gör för sin anhöriga är sådant som informanterna har upplevt som positivt för de anhöriga. Det framkom även att anhöriga varit tacksamma över att få ha närvarat och ofta uttryckt att de känt sig väl omhändertagna och efteråt tackat att de fått vara med.

”Jag upplever att de får se att vi gör nått... Jag tror att när man är med så känns det mycket bättre än att sitta instängd på ett rum nånstans och undra vad som sker och inte sker och tiden blir lång... Är du närvarande så ser man allt i realtid, även om man kanske inte förstår allt.” (Informant 7)

Det fanns en farhåga från ungefär hälften av informanterna att det skulle kunna vara traumatiskt för anhöriga att bevittna en återupplivning. Informanterna menade att det kan vara skrämmande för anhöriga att se blod och alla apparater som används.

Att tillfråga eller inte, det är frågan

Det fanns en uppfattning om att anhöriga sällan eller nästan aldrig tillfrågas att komma in i akutrummet under pågående HLR och många av erfarenheterna av anhörignärvaro kom av att de anhöriga själv bett att få vara med, eller kommit in med ambulansen. En minoritet av de intervjuade sjuksköterskorna upplevde däremot att anhöriga i princip alltid tillfrågas och fått möjligheten att delta om de vill och att det finns en bra rutin kring detta.

Anledningarna till att anhöriga inte bjuds med var enligt informanterna lite olika. Några förklarade detta med att det blev känslomässigt och obekvämt för personalen och att detta kunde ses som en bidragande faktor till att anhöriga inte bjöds in att bevittna hjärt- och

lungräddning. Några menade att det var lättare för personalen om de inte var inne på rummet. Samma sjuksköterskor menade dock att detta inte borde vara en anledning till att anhöriga inte får närvara.

”Men det ska ju inte vara anledningen till att dom inte får va med tycker jag. Det ska ju vara deras val, inte vårt. Det är ju deras person som håller på att dö. Då ska inte vi stå där å ba: Nä ni får inte vara med. Jag tror att det baseras på att det är obekvämt för oss som vårdpersonal.” (Informant 3)

De flesta informanterna nämnde gammal vana som en orsak till att anhöriga inte bjöds med. Det lever kvar från gammalt, att undersköterskan som tar emot de anhöriga automatiskt visade in dem på ett anhörigrum för att så har de alltid gjort. En sjuksköterska trodde att de äldre gick på gammal vana medan de nyanställda inte vågade fråga anhöriga om dom ville delta. Många av informanterna nämnde att de inte haft någon tanke på anhöriga när de fått ett hjärtstoppslarm, utan att de då direkt blivit fokuserat på HLR- uppgiften.

”Dom som har jobbat länge kanske lever kvar i nån form av att: nä men vi går bara direkt till anhörigrummet, dom som är relativt nya kanske inte heller har modet alla gånger att fråga.” (Informant 2)

Gemensamt för alla intervjuade sjuksköterskor var att de ansåg att de anhöriga skulle bli tillfrågade och att de själva har rätt att ta ställning till om de vill närvara eller inte under återupplivningen. De menade även att det är viktigt att ställa frågan då de inte trodde att anhöriga själva skulle be om att få vara med, även om de skulle vilja. De flesta informanter trodde att många skulle vilja närvara om de bara fick frågan. Många av sjuksköterskorna önskade att anhöriga oftare skulle tillfrågas om närvaro vid återupplivningsförsök och att det borde finnas en rutin kring detta. Två av sjuksköterskorna menade dock att det kan vara svårt att ha en fast rutin kring anhörignärvaro eftersom varje situation är unik och att varje situation borde bedömas från gång till gång.

”Jag önskar att det blir mer rutin, att man tänker på anhöriga, att den möjligheten finns att dom får komma in på rummet. Det önskar jag blir mer en standard är bara enstaka gånger.” (Informant 3)

Alla informanter tog även upp vikten av att ha en avsedd personal som sitter med anhöriga för att stötta och förklara det som händer inne på rummet. De menade att detta inte är någon lätt uppgift och att det kräver mycket av den som avsätts att sitta med anhöriga. Vidare föreslogs att undersköterskor, som oftast utses att sitta med anhöriga, skulle få utbildning och coaching i detta. En informant belyste svårigheten med att bestämma vilka som räknas som nära anhöriga och inte, särskilt när det gäller unga personer.

”Vad är en anhörig egentligen. Det är en svår avvägning där också i säg nu sjutton, arton till tjugofemårs åldern, alltså unga vuxna. Det har kanske en flickvän, sambo men är det föräldrar eller är det flickvän som de kanske känt i två månader som är närmast anhörig och så vidare.” (Informant 7)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av anhörignärvaro vid hjärt-lungräddning inom akutsjukvård och därför valdes en kvalitativ metod för att fånga upplevelser kring ett fenomen på bästa sätt. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är intervjuer det bästa sättet att fånga personers upplevelse och tankar kring omvärlden. En kvantitativ studie var inte aktuell inom tidsramen på grund av svårigheter att inkludera ett stort antal deltagare deltagare samt att det troligen inte skulle besvarat uppsatt syfte. En kvantitativ enkätstudie skulle vara en intressant fortsättning för att få större kvantitet i urvalet och fånga en grupp som inte är lika homogen.

Urval och bortfall

En utmaning i denna studie var att hitta tillräckligt många informanter. Med tanke på geografisk placering och långa avstånd till andra sjukhus blev urvalet på författarens egen klinik. Tanken var initialt att använda ett snöbollsurval, men då antalet informanter med erfarenhet i ämnet var begränsat blev alla sjuksköterskor som jobbade på den aktuella akutmottagningen tillfrågade. Många hade ingen erfarenhet av ämnet och exkluderades därför, dock ställde alla som hade erfarenhet av anhörignärvaro vid HLR upp på att intervjuas. Två sjuksköterskor tillfrågades aldrig, den ena timanställd pensionär och den andra var sjukskriven vid tillfället. Båda dessa sjuksköterskor har lång erfarenhet av att jobba på akutmottagning och hade säkert bidragit med bra information. Trots detta deltog sju sjuksköterskor i studien och mättnad ansågs uppnådd i intervjuerna.

Deltagarna

Könsfördelningen på informanterna var jämn, vilket kan ses som positivt. Däremot var det främst yngre kollegor som intervjuades, alla med måttlig erfarenhet av ämnet. Endast en av informanterna har jobbat mer än fem år och hade mer erfarenhet av anhörignärvaro. Urvalet speglar dock arbetsgruppen på den aktuella akutmottagningen relativt väl i avseende till ålder, kön och arbetslivserfarenhet.

Deltagarna i studien är kollegor till författaren vilket kan anses påverkat resultatet. Optimalt hade varit om tid och möjlighet fanns att utföra intervjuerna på annan ort och med, för författaren, okända informanter. Det finns en risk att informanter tackade ja för att vara snäll eftersom författaren jobbar på samma klinik, men detta bedömdes inte som något som påverkat intervjuerna. De egna kollegorna kan ha blivit påverkade i sina svar på grund av deras relation till författaren och känt att de ville ge "rätt" svar vilket bör beaktas när resultatet läses. Däremot märktes att det fanns en tilltro till författaren och författaren behövde således inte jobba med att skapa trygghet och lugn för att få informanterna att öppna sig och informanterna kändes ärliga och öppna i sina svar. Fördelen med att intervjuas på egen klinik var att författaren fick information som skulle kunna ligga till grund för framtida förbättringsarbete på kliniken.

Intervjuer

Intervjuerna hölls på avskild plats som informanten själv valde, detta för att optimera möjligheten att prata avslappnat och fritt. Ringa erfarenhet av att intervjuas kan ha begränsat materialet som insamlats i studien. Som stöd i intervjuerna utformades en intervjuguide som reviderades med hjälp av handledare. Denna intervjuguide var till stor hjälp, men kunde vara svår att hålla sig strikt till när informanterna pratade om annat som föll utanför studiens syfte.

Intervjuguiden testades i en pilotintervju och författaren reviderade den inte efter pilotintervjun. Informanten som intervjuades i pilotintervjun var mycket verbal och hade lätt för att ge uttömmande svar, så pilotintervjun var inte helt representativ för resterande intervjuer. Detta innebar att fler uppföljningsfrågor fick ställas i några av de resterande intervjuerna. Skulle studien göras om på annan plats eller med fler informanter skulle fokusgruppsintervjuer kunnat övervägas. Fokusgruppsintervjuer innebär att fem till tio personer diskuterar ett ämne och intervjuaren styr diskussionen efter en diskussionsguide (Polit & Beck, 2012). Detta hade i denna studie troligtvis fungerat bra då de som intervjuades var en trygg och relativt homogen grupp. Materialet hade eventuellt blivit rikare i och med att ämnet hade diskuterats i grupp och obekvämheter som kan uppkomma när en informant blir utfrågad kanske hade undvikits. En nackdel med fokusgruppsintervjuer är om alla inte är bekväma med att delge sina åsikter framför andra (Polit & Beck, 2012).

Giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Inom kvalitativ tradition används ofta begreppen giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet när man analyserar trovärdigheten i en studie (Polit & Beck, 2012). Med giltighet menas huruvida studien beskriver det som avses att beskrivas. För att bedöma giltigheten är det fördelaktigt att använda sig av andra forskare som är insatta i ämnet, som granskar kodning, kategorier och teman. Strategierna för urval av deltagare är också viktigt för studiens giltighet. Tillförlitlighet kan uppnås genom att forskarna under hela forskningsprocessen styrker det som skrivs och detta genom att en noggrann beskrivning av analysarbetet görs. Överförbarheten är det läsaren som bedömer, men för att ge grund för att det som skrivits kan överföras bör en tydlig metodbeskrivning finnas (Lundman & Granheim, 2012).

På grund av bristande erfarenhet inom fältet för kvalitativ forskning, intervjumetod samt kvalitativ innehållsanalys kan det inte uteslutas att detta har påverkat utfallet av studien. En annan aspekt som bör beaktas är att författaren till denna studie var ensam och studien har därmed bara en persons infallsvinkel. Eftersom ingen medförfattare eller annan forskare fanns att tillgå användes en bekant med erfarenhet inom innehållsanalys samt handledare för att ge infallsvinklar på kategoriseringar och teman. En fördel med denna studie var att författaren samlat in all data och därför hade bra kännedom om materialet, som enligt Polit och Beck (2012) är viktigt i den kvalitativa processen. Författaren har under hela processen haft en medvetenhet om sina egna erfarenheter kring ämnet och försökte att konsekvent bortse från dessa i analysprocessen. Studiens resultat skiljer sig i många avseenden från författarens förväntningar, vilket kan visa på att informanterna inte blivit påverkade av författaren. Resultatet presenterades med autentiska citat från intervjuerna, detta för att styrka materialet.

Etiskt övervägande

Forskningspersonsinformation gavs till informanterna innan studien och gick sedan igenom muntligt tillsammans innan påskrift. Författaren försäkrade sig om att informanterna förstätt informationen och att inga frågor fanns. Forskning som sker som en del av högskoleutbildning undantas från kravet att söka tillstånd hos etikprövningsnämnden (SFS, 2003:460). Därför ansöktes inte om något sådant tillstånd till denna studie. Däremot fanns ett etiskt övervägande med under hela processen. Informanterna och dess identitet avidentifierades och stor vikt har lagts på att inte avslöja via berättelserna vem informanten var. Ingen kurator fanns att tillgå och det bedömdes innan studien startade att detta mest troligt inte skulle behövas. Känsliga berättelser framkom i vissa stunder, men ingen av informanterna gav uttryck för att behöva stöd efteråt.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av anhörignärvaro vid hjärt-lungräddning inom akutsjukvård. Studiens resultat skiljde sig till viss del med författarens förväntningar. Innan studien gjordes var förväntningarna att sjuksköterskorna skulle ha en mer negativ inställning till anhörignärvaro och att detta skulle vara anledningen till att anhöriga sällan bjuds med att delta vid HLR. I studiens resultat framkom både negativa och positiva aspekter av anhörignärvaro vid HLR. Trots negativa erfarenheter och utmaningarna som kunde uppstå när anhöriga närvarar vid HLR visade det sig att alla informanter var positivt inställda till anhörignärvaro. De ansåg att de anhöriga har rätt att vara delaktiga i beslutet om att närvara eller ej. Den positiva attityden från informanterna kom framförallt av att sjuksköterskorna kunde se att det fanns en vinning för den anhörige med att närvara i rummet vid HLR. Resultatet visar på att de intervjuade sjuksköterskorna har ett personcentrerat förhållningssätt till patienten men att detta till viss del brister i praktiken då det i den akuta situationen framför allt fokuseras på HLR uppgiften.

Intressant var att de flesta informanter beskrev hur det blev lugnare inne på akutrummet när anhöriga deltog. De anhöriga sitter ofta tyst i ett hörn och bidrar, med sin närvaro, till att personalen använde lugnare och mer genomtänkt språk. Det beskrevs att stämningen på rummet förbättras i och med detta och gjorde i sin tur till att arbetsmiljön förbättrades för personalen. Vidare framkommer att informanterna har en bild av att anhörignärvaro är positivt för den anhörige och detta medför i sin tur till en positiv inställning till anhörignärvaro. Däremot är informationen i denna studie kring effekter för anhöriga att närvara vid HLR andrahandsinformation från informanterna som är färgad av deras personligheter och erfarenheter. Dock var det viktigt att inkludera sjuksköterskornas upplevelser och känslor kring detta då det visade sig i stor grad påverka informanterna i deras attityd kring anhörignärvaro i stort.

Informanterna i denna studie berättade om en rad försvårande omständigheter och utmaningar gällande anhörignärvaro. Dels att anhöriga kunde vara störande för kommunikationen, alternativt fysiskt i vägen för personalen och dels att anhörignärvaro kunde medföra ökad stress för sköterskan. I denna studie framkom av en informant att anhöriga stört så pass att de fick ledas ut ur rummet och att detta bidragit till att kommunikationen i rummet störts. De sjuksköterskor som berättat om negativa upplevelser tyckte ändå att situationerna lösts på ett bra sätt och har fortsatt positiv attityd till anhörignärvaro.

Resultatet i denna studie visade att majoriteten av informanterna ansåg att anhöriga bjuds in sällan och önskade att de själva och kollegor skulle bli bättre på att bjuda med anhöriga. Två informanter ansåg att anhöriga oftast bjuds in och menade att de har goda rutiner kring detta. Dessa informanter jobbar båda uteslutande nattsift och detta skulle spekulativt kunna tyda på att rutinerna gällande anhörignärvaro skiljer sig inom den egna kliniken. Resultatet visade på att alla informanter var överens om att anhöriga som närvarar ska ha en omvårdnadspersonal vid sin sida som kan stötta den anhöriga och berätta vad som händer. Detta överensstämmer med vad befintliga riktlinjer säger gällande anhörignärvaro (Monsieurs et al., 2015; American association of critical- care nurses, 2016).

Att patienten blir mänskligare i samband med anhörignärvaro beskrivs som både positivt och negativt. Vissa informanter i denna studie menade att detta kunde göra att pressen och nervositeten ökar medan många även menade att det är positivt att påminnas om att patienten

är en människa. Informanterna kunde beskriva detta som både positivt och negativt i samma mening. Att patienten blir mänskligare i samband med anhörignärvaro är även något som påvisats i en studie av Lederman och Wacht (2012). Informanterna i denna studie underströk att vården av patienten förblev densamma oavsett om anhöriga närvarar eller ej men att den känslomässiga reaktionen förändrades med anhöriga närvarande. Svensk sjuksköterskeförening (2010) menar att med personcentrerad vård synliggörs hela personen tillsammans med dess sociala sammanhang och anhöriga. Studiens resultat visar att det kan vara försvårande att bedriva personcentrerad vård på en person med hjärtstopp, eftersom personen i och med detta blir mer mänsklig och sjuksköterskorna får svårare att distansera sig till situationen.

Anhörignärvaro beskrevs redan på 80-talet av Doyle et al. (1987) som positivt för anhöriga. Trots detta är det mer undantag än regel att anhöriga bjuds med i många europeiska länder enligt vissa studier (Monsieurs et al., 2015; MacLean et al., 2013). Evidensen stödjer och sjukvårdsorganisationer rekommenderar att anhöriga ska erbjudas att närvara vid HLR och andra invasiva procedurer på svårt sjuka anhöriga (Emergency nurse association, 2010; American association of critical-care nurses, 2016; Monsieurs et al., 2015). Detta överensstämmer med informanternas attityd kring anhörignärvaro. Det framkommer i resultatet att de flesta informanter anser att anhöriga sällan bjuds med och uttrycker en önskan om förändring gällande detta.

Resultatet visar att informanterna anser att det finns en vinning för anhöriga att vara med. Detta visar Jabre et al. (2013) i sin studie där de beskriver en minskad prevalens av PTSD symptom hos anhöriga som närvarat vid HLR. Vidare beskrivs i flertalet studier att att närvara vid återupplivning visar den anhörige att personalen gjort allt de kunnat för patienten (Holzhauser, Finucane & De Vries, 2006; Meyers et al., 2000). Detta var ett framträdande fynd i detta resultat och informanterna nämner det som en stark positiv aspekt av anhörignärvaro. Studier har visat att anhöriga som närvarat under HLR skulle göra det igen och de ansåg att det blir lättare att förlika sig med döden (Leske et al., 2013; Meyers et al., 2000; Robinson et al., 1998). Detta överensstämmer med denna studies resultat, det vill säga informanternas bild av vad anhörignärvaro medför den anhörige.

Lederman och Wacht (2012) beskriver i sin studie att sjuksköterskans positiva attityd till anhörignärvaro framför allt kommer av att de ser vinningen för de anhöriga. Vidare visar de i sin studie att majoriteten, 77 procent, av personalen varit positiva till anhörignärvaro. Jabre et al. (2013) visar i sin studie att stressnivån hos personalen inte var högre då anhöriga närvarat vid HLR. Majoriteten av informanterna beskriver situationer då anhörignärvaro medfört ökad stress för sjuksköterskan, men de flesta ansåg även att detta inte påverkar arbetet med patienten och att den stressen är sådant som sjuksköterskan ska vara beredd att hantera. Lederman och Wacht (2012) skriver att anhörignärvaro kan bidra till att personalen agerar mer professionellt. Informanterna i detta resultat understryker dock att vården av patienten är densamma oavsett om anhöriga närvarar eller ej.

Wacht et al. (2010) beskriver i sin studie att personalen anser att anhörigas närvaro stör och försvårar jobbet, detta motsäger dock Jabre et al. (2013). Sak-Dankosky et al. (2015) belyser att en eller fler negativa erfarenheter av anhörignärvaro signifikant bidrog till negativ inställning till anhörignärvaro. I detta resultat framkom att många av informanterna hade erfarenhet av anhöriga som varit på något sätt störande. Trots detta sågs inte detta som något större problem och sjuksköterskorna var förvånansvärt positivt inställda, trots negativa upplevelser. Detta kan ha att göra med att samma sjuksköterskor även haft positiva erfarenheter av anhörignärvaro.

Nyström (2002) visar i sin studie att sjuksköterskor på akutmottagning brister i sitt holistiska synsätt och är mer fokuserade på medicinska interventioner än omvårdnad. Resultatet till denna studie visade på ett holistiskt synsätt där hela patienten och anhörigas behov ansågs viktigt och givande. Trots detta visade resultatet även på att informanterna inte tänkte på att bjuda in anhöriga när hjärtstoppslarmet går, utan var fullt fokuserade på den kommande HLR uppgiften. Samtidigt menade informanterna att när anhöriga väl var i rummet så hade de inte några större problem att fokusera på sin arbetsuppgift. Skulle det finnas en anhörigstödare inne på rummet som sitter med anhöriga så sjuksköterskan får fokusera på återupplivningen skulle anhörignärvaro kanske kunna vara bra både för patienten, anhörig och personalen.

Svensk sjuksköterskeförening (2010) skriver att inom familjefokuserad vård är familjen en självdefinierad grupp av personer som är sammanlänkade genom känslomässiga band. Just detta diskuterade en av informanterna i denna studie och belyser svårigheten att ibland avgöra vem som är närmast anhörig, särskilt i en akut situation. Historiskt sett har man sett en familj som en man och en kvinna som eventuellt har barn tillsammans. Andra familjekonstellationer är vanligare idag och därför var detta en intressant reflektion som är viktig att diskutera när man pratar om anhörignärvaro vid HLR.

Av resultatet kan tolkas att informanterna har ett personcentrerat förhållningssätt gentemot patienten och dess anhöriga. Det framkom att sjuksköterskorna anser att de gör ett bättre jobb både för patienten och dess anhörige genom att bjuda med anhöriga in på rummet under pågående HLR. Däremot visade även resultat att den personcentrerade omvårdnaden ofta brister i praktiken då sjuksköterskorna tenderar att fokusera på HLR uppgiften i den akuta situationen och anhöriga missas att bjudas in att närvara. Vården kan tänkas bli mer personcentrerad när anhöriga inkluderas i en sådan akut situation, kanske kan de anhöriga även bidra med viktig information kring patienten och på så sätt förbättra vården. Det är av vikt att anhörignärvaron inte stör en säker vård och därför bör en anhörigstödare hela tiden instruera och stötta den anhörige. Evidensen stödjer och sjukvårdsorganisationer rekommenderar att anhöriga ska erbjudas att närvara vid HLR och andra invasiva procedurer på svårt sjuka anhöriga (Emergency nurse association, 2010; American association of critical-care nurses, 2016; Monsieurs et al., 2015). Resultatet indikerar att ett förbättringsarbete inom ämnet behövs på den aktuella kliniken då det finns en önskan från majoriteten av informanterna att rutiner kring detta skulle finnas.

Slutsats

Studiens resultat indikerar att sjuksköterskor är positivt inställda till anhörignärvaro vid HLR, trots utmaningar och tidigare negativa upplevelser. Sjuksköterskorna i studien var eniga om att anhöriga själva bör få avgöra om de vill närvara eller ej vid pågående HLR. Vidare framkom att HLR- situationen blev mer känslomässig för sjuksköterskan i samband med anhörignärvaro. Resultatet tyder på att sjuksköterskor anser att närvaro är bra för de anhöriga och att sjuksköterskorna fann det naturligt att åsidosätta eventuell egen olust för de anhörigas skull.

Klinisk tillämpbarhet

Resultatet i denna studie beskriver hur sjuksköterskor på den aktuella kliniken upplever anhörignärvaro vid HLR. Studien kan medvetandegöra och väcka tankar kring ämnet och det kan bidra till att verksamheter lyfter ämnet och diskuterar kring det. Därigenom kan resultatet

komma att användas för att motivera förbättringsarbete på kliniken gällande anhörignärvaro vid HLR. Anhörignärvaro vid Hjärt- lungräddning är ett ämne som bör lyftas, diskuteras och ständigt kan förbättras. Fortsatta studier inom området bör utföras då det kan bidra till förbättring för både anhöriga och personal.

REFERENSER

- American association of critical- care nurses. (2016). Practice alert Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures. *CriticalCareNurse* 36(1), 11-14. doi:10.4037/ccn2016980
- Bossaert, L. L., Perkins, D. G., Askitopoulou, H., Raffay, V. I., Greif, R., Haywood, K. L.,...Xantos, T. T. (2015). Guidelines for Resuscitation Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2015(95), 302-311. doi: dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.033
- Doyle, C. J., Post, H., Burney, R. E., Maino, J., Keefe, M., Rhee, J.,... Michigan, A. A. (1987). Family participation during resuscitation: An option. *Annals of emergency medicine*, 16(6), 107-109.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E.,... Sunnerhagen, K.S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 10(4), 248–251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008.
- Emergency Nurses Association. (2010). *Position Statement: Family Presence at the Bedside During Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation*. Hämtad den 8/2 2016 från: <https://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/Archived/FamilyPresence.pdf>
- Field, J. M., Hazinski, M. F., Sayre, M. R., Chameides, L., Schexnayder, S. M., Hemphill, R.,... Vanden Hoek, T. L. (2010). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science. Part 1: Executive Summary. *Circulation*. 2010(122), 640-656. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970889
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts procedures and measures to archive trustworthiness. *Nuring Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Herlitz, J. (Red.). HLR rådet. (2011). *Nationellt register för hjärtstopp. Årsrapport 2011*. Hämtad den 4/12 2015 från: <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/Hjartstoppregistret-Arsrapport-2011.pdf>
- Hjärt- Lungfonden. (2012). *Plötsligt hjärtstopp - en skrift om vad som händer när hjärtat stannar*. Hämtad den 18/12 2015 från: https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Pl%C3%B6tsligt_hj%C3%A4rtstopp_web_2012.pdf
- Holzhauser, K. Finucane, J., & De Vries, S.M. (2006). Family presence during resuscitation: a randomized controlled trial of the impact of family presence. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 8(4), 139-147. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2005.10.003>
- Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F.,... Adnet, F. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *The New England journal of medicine*, 368(11), 1008-1018. doi: 10.1056/NEJMoa1203366
- James, J., Cottle, E., & Hodge, D. (2011). Registered nurse and health care chaplains' experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation. *Intensive and critical- care nursing*. 27(1), 19-26. doi: 10.1016/j.iccn.2010.09.001.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. (3:e. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lederman Z., & Wacht, O. (2014). Family presence during resuscitation: Attitudes of Yale-New haven hospital staff. *Yale journal of biology and medicine*. 87(1), 63-72.

Leske, J. S., McAndrew, N. S., & Brasel, K. J. (2013). Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *Journal of trauma nursing*. 20(2), 77-85. doi: 10.109/JTN.0b013e31829600a8

Litchfield, M. C. (2011). Family nursing: A practice and systemic approach to innovation in health care. E. Svavarsdottir & H. Jonsdottir (red.), *Family nursing in action*. (285-307). Island: University of Iceland press.

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

Meyers, T.A., Eichhorn, D.J., Guzzetta, C.E., Clark, A.P., Klein, J.D., Taliaferro, E., & Calvin A. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experiences of family members, nurses, and physicians. *American journal of nursing* 100(2), 32-42.

Monsieurs, K. G., Nolan, J. P., Bossaert, L. L., Greif, R., Maconochie, I. K., Nikolaou, N.,... Zideman, D. A. (2015). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015 section 1. Executive summary. *Resuscitation* 2015(95), 1-80. doi: dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038

Neumar, R. W., Otto, C. W., Link, M. S., Kronick, S. L., Shuster, M., Callaway, C. W.,... Morrison, L. J. (2010). Part 8: Adult Advanced Cardiovascular Life Support 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 122(3), 729-767. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970988

Nyström, M. (2002). Inadequate Nursing Care in an Emergency Care Unit in Sweden: Lack of a Holistic Perspective. *Journal of holistic nursing*, 20(4), 403-417. doi: 10.1177/08980100223759

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård*. Hämtad den 10/2 2016 från: http://www.swenurse.se/contentassets/4bfb8375474740c79bda198a3d4f8f45/nr46_1okt_kompbeskr_akutweb.pdf

Robinson, S. M., Mackenzie-Ross, S., Campbell Hewson, G.L., Egleston, C. V., & Prevost, A.T. (1998). Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet*. 352(9128), 614-617. doi:10.1016/S0140-6736(97)12179-1

Royal college of nursing. (2002). *College of nursing witnessing resuscitation: Guidance for nursing staff*. Royal college of nursing: London. Hämtad den 4/1 2016 från: https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/78531/001736.pdf

Sak- Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2013). Integrative review: Nurses' and physicians' experiences and attitudes towards inpatient-witnessed resuscitation of an adult patient. *Journal of advanced nursing*. 70(5), 957-973. doi: 10.1111/jan.12276.

Sak- Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2015). Factors associated with experiences and attitudes of healthcare professionals towards family-witnessed resuscitation: a cross-sectional study. *Journal of advanced nursing*. 71(11), 2595-2608, doi: 10.1111/jan.12736.

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad den: 20/11 2015 kl 09:45 från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Socialstyrelsen. (2009). *Nationella indikatorer för God vård. - Hälso-och sjukvårdsövergripande indikationer. -Indikationer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 24/11 2015 kl 14:50 från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>

Socialstyrelsen. (u.å.). *Tilläggspecialiteter Akutsjukvård*. Hämtad den 4/2 2016 från: <https://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/bevis,specialistkompetens/Documents/stmal-akutsjuk.pdf>
<https://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/bevis,specialistkompetens/Documents/stmal-akutsjuk.pdf>

Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2013). *Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR)*. Hämtad den 21/11 2015 kl 13:30 från: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/Etiska-riktlinjer-for-hjart-lungraddning/>

Svenska rådet för hjärt- och lungräddning. (2011). *A-HLR: Avancerad hjärt-lungräddning till vuxen: Kursbok med webbutbildning*. Stockholm: HLR-rådet

Svensson, L., Rubenson Wahlin, R., Castrén, M., Rosenqvist, M., Hollenberg, J., & Herlitz, J. (2010). Fler kan räddas efter hjärtstopp utanför sjukhus. *Läkartidningen* 8(107), 502-505.

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård*. Hämtad den 20/12 2015 från: http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.personcentrerad.vard_web.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2015) *Familjefokuserad vård*. Hämtad den 11/1 2016 från: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/SSF-om/familjefokuserad-omvardnad/>

Vetenskapsrådet. (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisksamhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad den 20/12 2015 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wacht, O., Dopelt, K., Snir, Y., & Davidovitch, N. (2010). Attitudes of emergency department staff toward family presence during resuscitation. *The Israel Medical Association Journal* 12(6), 366– 370.

World health organization. (2008). *Primary health care: now more than ever. The WHO report 2008*. New York: WHO. Hämtad den 24/11 2015 kl 14.07 från:
<http://www.who.int/whr/2008/en/>

Wikström, J. (2012). *Akut sjukvård, omvårdnad och behandling vid akut skada*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur

Forskningspersoninformation

Anhörignärvaro vid hjärt- och lungräddning inom akutsjukvård.

Vård vid hjärt-lungräddning är en högintensiv situation inom sjukvården. Situationens allvar är uppenbar och dessa livsviktiga minuter kräver mycket av det omhändertagande teamet i form av kommunikation och samarbete.

Att låta anhöriga vara närvarande under pågående hjärt- och lungräddning är och har varit omdiskuterat sedan det först fördes på tal i en studie 1987. På vissa sjukhus är det praxis att bjuda in anhörig att närvara under hjärt-lungräddning och i andra städer är det mer sällsynt.

Syftet med den här studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av anhörignärvaro vid hjärt-lungräddning inom akutsjukvård.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas att delta i studien i egenskap av sjuksköterska som arbetar inom akutsjukvård med erfarenhet av anhörignärvaro vid hjärt- och lungräddning. Jag har fått ditt namn och telefonnummer av en kollega till dig som tidigare blivit intervjuad och som har rekommenderat mig att kontakta dig med förfrågan om deltagande.

Hur går studien till?

En intervju kommer att utföras och intervjun består av frågor som du kommer att få berätta fritt kring och beräknas ta 30-60 min och utförs avskilt. Intervjun kan utföras antingen på avskild plats på din arbetsplats, eller annan ostörd plats som du väljer. Intervjun kommer att spelas in med en digital bandspelare för att sedan skrivas ut till text.

Hantering av data och sekretess

Personuppgifter kommer enbart att hanteras av författaren och förvaras oåtkomligt för andra och dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Dina angivna svar kommer att presenteras på ett sätt så att du som enskild individ inte kan identifieras. Studien presenteras som ett självständigt arbete på avancerad nivå och publiceras sedan på DIVA-portalen, som är en öppen databas där forskningsrapporter och student uppsatser samlas. Om önskar kan du få arbetet sänt till dig när det är klart.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta och du kan när som helst, utan att uppge anledning avbryta deltagandet. Det insamlade materialet kommer då att raderas och uteslutas ur studien. Det finns en risk att medverkan i intervjun kan väcka känslor och det finns tid avsatt efter intervjun att reflektera kring detta.

Kontaktuppgifter till ansvariga för studien:

Författare/Intervjuare:
Sandra Asplund
Leg. Sjuksköterska

Handledare:
Linda Gellerstedt
Leg. Sjuksköterska, Höskoleadjunkt

Intervjun inleds med att åter igen informera om studiens syfte och att det när som helst är tillåtet att avbryta intervjun utan att uppge någon anledning. Deltagaren har i förhand fått skriftlig forskningspersonsinformation. Författaren försäkrar om att deltagaren förstått forskningspersonsinformationen, sedan samlas underskrift om informerat samtycke in innan intervjun påbörjas.

Inledning

- Kön
- Ålder
- Antal yrkesverksamma år som sjuksköterska

Frågor

- Berätta om dina erfarenheter av att ha anhöriga med under pågående hjärt-lungräddning.
- Hur upplever du som sjuksköterska att ha anhöriga närvarande vid hjärt-lungräddning?
- Utifrån dina upplevelser, hur tänker du kring positiva och/eller negativa delar kring anhörignärvaro vid hlr...
- Utifrån detta, kan du berätta om dina upplevelser vid en sådan situation?
- Upplever du att det är vanligt att anhöriga inbjuds att närvara vid HLR? Hur tänker du kring det?
- Upplever du att anhörigas närvaro inverkar på ditt arbete och hur tänker du kring det?

Följdfrågor

- Kan du utveckla?
- Hur tänkte du då?
- Hur menar du?
- Kan du ge ett exempel?
- Har din inställning förändrats över tid?

Avslutning

- Har jag uppfattat dig rätt när du sagt att...
- Är det något du vill tillägga?