



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Patientsäkerheten äventyras när patientens närstående är
närvarande under akut hjärtstopp

Elin Karlsson

Johanna Olsson

Handledare: Erik Piculell

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1512

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona 06 2020

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa,
Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad
06 2020

Patientsäkerheten äventyras när patientens närstående är närvarande under akut hjärtstopp

Elin Karlsson

Johanna Olsson

Sammanfattning

Bakgrund: Vem som helst kan drabbas av hjärtstopp och oavsett orsak kommer det att krävas hjärt-lungräddning. I Sverige räddas en människa med hjälp av hjärt-lungräddning var sjätte timme. Hos de närstående finns idag ett större engagemang om de finns vid sidan om patienten. En sjuksköterska inom slutenvården löper därför en stor risk att under sin yrkeskarriär närvara vid hjärt-lungräddning där närstående är närvarande. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskans upplevelse av hur patientsäkerheten påverkas då patientens närstående närvarar vid pågående hjärt-lungräddning inom slutenvård. **Metod:** En allmän litteraturstudie baserad på sju kvalitativa artiklar från databaserna CINAHL och PubMed. Studiens resultat är analyserat med Graneheim och Lundmans innehållsanalys. **Resultat:** Sjuksköterskans upplevelse av att närstående närvarande under akut hjärtstopp upplevdes både som positiv och negativ utifrån patientsäkerheten. Det resulterade i två olika teman som blev patientsäkerheten kan äventyras och förbättrad patientsäkerhet. **Slutsats:** Sjuksköterskans upplevelse av hur patientsäkerheten påverkades av närståendes närvaro vid akut hjärtstopp var situationsberoende. Patientsäkerheten kunde äventyras om patientens närstående på något sätt påverkade sjuksköterskans arbete vid HLR vilket kunde ge en känsla av otillräcklighet. Annars kunde det istället ge en ökad känsla av fokus och motivation. **Nyckelord:** Hjärt-lungräddning, närstående, patientsäkerhet, sjuksköterska, upplevelse.

Innehållsförteckning

1.0. Inledning.....	4
2.0. Bakgrund.....	4
2.1. Sjuksköterskans upplevelse.....	5
2.2. Vad är hjärtstopp?.....	5
2.3. Hjärt-lungräddning inom slutenvård.....	5
2.4. Närstående.....	6
2.5. Säker vård som referensram.....	7
2.6. Patientsäkerhet.....	8
2.7. Problemformulering.....	9
3.0. Syfte.....	9
4.0. Metod.....	9
4.1. Urval.....	10
4.2. Datainsamling.....	10
4.3. Kvalitetsgranskning.....	11
4.4. Dataanalys.....	11
4.5. Etiska övervägande.....	12
4.6. Förförståelse.....	12
5.0. Resultat.....	13
5.1. Patientsäkerheten äventyras.....	15
5.2. Förbättrad patientsäkerhet.....	17
6.0. Diskussion.....	18
6.1. Metoddiskussion.....	18
6.2. Resultatdiskussion.....	20
7.0. Självständighet.....	23
8.0. Slutsats.....	24
9.0. Referenslista.....	25
10.0. Bilagor.....	31

1.0. Inledning

Var sjätte timme räddas en människa med hjälp av hjärt-lungräddning i Sverige. År 2018 registrerades 2534 hjärtstopp på sjukhusen i Sverige varav 34,5% överlevde (Svenska hjärt-lungräddningsregistret, 2019). Med detta i åtanke kommer en sjuksköterska med all största sannolikhet erfara ett hjärtstopp någon gång under sin yrkeskarriär.

Närstående blir alltmer närvarande och involverade i omvårdnaden än tidigare. Dessutom har patientens närstående en annan möjlighet att vara delaktiga i omvårdnaden eftersom regler och restriktioner gällande besök inom slutenvården är annorlunda idag än tidigare (Toronto & LaRocco, 2019). Att närstående numera finns i de miljöer där patienterna befinner sig ökar sannolikheten att de är närvarande när hjärtstoppet inträffar. Tidigare forskning har visat att närståendes närvaro har en negativ påverkan på sjuksköterskan vid hjärt-lungräddning (Hayajneh, 2013). Genom att undersöka patientsäkerhetens påverkan genererar det i en säkrare vård och bättre omvårdnad för både den drabbade och närstående. Detta arbetet kan även förbereda sjuksköterskor för liknande situationer.

2.0. BAKGRUND

International Council of Nurses (2002) kartlägger sjuksköterskans huvudområde omvårdnad genom att inkludera vård för alla åldrar, familjer och grupper i samhället. Sjuksköterskan ska uppmuntra till hälsa och prevention men också vårda de som är sjuka på alla olika nivåer. Det ingår att hela tiden förespråka en säker miljö för alla inblandade i situationen och i synnerhet patientens. En legitimerad sjuksköterska i Sverige ansvarar för omvårdnadsarbetet och att leda det framåt på bästa sätt. Sjuksköterskan ansvarar självständigt, i team med andra professioner och yrkesgrupper men också i samverkan med patienten själv samt tillhörande närstående. Ansvar som den legitimerade sjuksköterskan har inkluderar bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden. I fokus av omvårdnaden ligger patientens grundläggande behov ur ett fysiskt, psykiskt, andligt och kulturellt perspektiv. En sjuksköterska ska ha kompetensen att utföra omvårdnadsuppgifter men även bygga upp ett förtroende samt tillit till patienten och dennes närstående. Det är en viktig del att från sjuksköterskans sida se patienten i sin helhet och i dess situation (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskans främsta prioritet under HLR är patientens återupplivning men det är även att möta patientens närståendes behov (O'Donoghue et al. 2015). God kommunikation mellan de närstående och sjuksköterskan skapar ett förtroende

hos närstående och kan bidra till ett starkare band mellan parterna (De Stefano et al. 2016).

2.1. Sjuksköterskans upplevelse

Definitionen av begreppet upplevelse är att ta intryck av en specifik händelse och erhålla ny erfarenhet samt kunskap (Svenska Akademiens ordbok, 2011). Enligt Svenska Akademiens ordbok (1955) innebär utöva verkan på någon eller något. Forskning har visat både positiva och negativa faktorer som påverkar sjuksköterskans arbete vid hjärt-lungräddning. Fördelarna med närståendes närvaro vid HLR är känslan av en positiv förstärkning för sjuksköterskan och en tydligare kommunikation mellan medlemmarna i HLR-teamet. (Porter, Miller, Giannis & Coombs, 2017). De negativa faktorerna är exempelvis ökad negativ stress, mycket personal, brist på material och patientens närståendes närvaro. Närståendes närvaro kan alltså ha en negativ påverkan på sjuksköterskans kvalitét på utförandet av hjärt-lungräddning (HLR) eftersom det kan ge en störd arbetsro och påverka sjuksköterskans prestation på arbetet (Citolino Filho, Santos, Silva & Nogueira, 2015). Monks och Flynn (2014) menar på att närvaron av närstående väcker känslor som medkänsla samt empati men att det också bidrar till en ökad utmaning för sjuksköterskan. Att beskriva hur sjuksköterskor upplever att patientens närstående är närvarande under en stressig situation som HLR kräver det en ökad förståelse och fördjupad kunskap. Enligt Sak-Danosky, Andruszkiewicz, Sherwood och Kvist (2015) var sjuksköterskor oroliga över att de närstående skulle orsaka konflikter eller bristen på utrymme. Sjuksköterskor ansåg även att en situation som återupplivning är opassande för familjemedlemmar att bevittna. Däremot är sjuksköterskor medvetna om att det kan vara positivt för närstående att närvara för deras sorgprocess och ser att sjukvårdspersonalen har gjort sitt yttersta för patienten (De Stefano et al., 2016).

2.2. Vad är hjärtstopp?

Ett hjärtstopp inträffar av olika anledningar. Det finns inte en specifik anledning till varför det sker. Det kan vara en hjärtinfarkt eller olika hjärtsjukdomar, men kan även drabba friska och välmående personer. Det som sker vid ett plötsligt hjärtstopp är att hjärtat förlorar sin pumpförmåga vilket leder till att blodcirkulationen upphör och att kroppens organ får syrebrist (Hjärt-lungfonden, 2018).

2.3. Hjärt-lungräddning inom slutenvård

All sjukvårdspersonal inom sjukvården ska enligt Svenska rådet för hjärt-lungräddning

(2016a) vid hjärtstopp kunna genomföra HLR men även defibrillering samt syrgastillförsel. Defibrillator är en apparat som används vid plötsligt hjärtstopp för att ge elektriska stötar. Vård som ges under intagning benämns som slutenvård och resterande hälso-sjukvård går vanligtvis under öppenvård. Slutenvård skiljer sig från öppenvård som i regel syftar på primärvård, det vill säga vårdcentraler och sjukhusens mottagningar. Slutenvård innebär att patienten är inskriven på vårdenhet för hälso- och sjukvård på sjukhus (Blomqvist & Petersson, 2014).

Svensk sjukvård säger att HLR ska vara påbörjad inom en minut, larmat inom en minut och dessutom ska defibrillering vid hjärtstopp vara påbörjad inom tre minuter. När en strömstöt ges får ingen röra patienten (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2016a). HLR innebär trettio bröstkompressioner följt av två inblåsningar. HLR av god kvalitet ska ha en kompressionstakt på minst 100 kompressioner/minut och ett djup på minst fem centimeter. Enligt Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2016b) finns det olika nivåer av HLR. Utbildningen som krävs för att som sjukvårdspersonal få genomföra HLR kallas S-HLR. Därefter finns möjligheter för sjuksköterskor och läkare att genomföra en påbyggnadsutbildning som även ingår i en del specialistutbildningar som kallas avancerad-HLR (A-HLR). De olika nivåerna finns även utanför Sveriges gränser och har dessutom en påverkan på hur förberedd samt säker sjuksköterskan är i den akuta situationen.

2.4. Närstående

Enligt socialstyrelsens termbank (u.å) är närstående en person som den enskilde har en nära relation till. Som närstående räknas partner, barn, sambo, syskon eller nära vän. Det innebär att en närstående inte enbart är en familjemedlem utan är en person patienten har en relation till. Det kan vara att de närstående följer med patienten in till akuten eller att de är på besök på sjukhuset när hjärtstoppet inträffar (Vårdguiden, 2018).

De Stefano et al. (2016) menar på att det är viktigt för patientens närstående att närvara vid hjärtstoppet för att kunna förstå att sjukvårdspersonalen har gjort sitt yttersta för att rädda personens liv. Kommunikation mellan närstående och sjukvårdspersonalen är en central del i de närståendes uppfattning av situationen. Det har visat sig vara lättare för närstående att acceptera samt bearbeta förlusten vid dödsfall om de varit delaktiga vid hjärtstoppet. Det kan alltså vara positivt för närstående att närvara vid hjärtstoppet för sorgprocessen. Kenny, Bray, Pontin, Jefferies och Albarran (2017) menar däremot att närvaro av närstående under

hjärt-lungräddning har en negativ påverkan på en del sjuksköterskor. Kompressioner och timing visade sig ha sämre kvalitet när närstående närvarande i situationen. Det blir allt vanligare för sjuksköterskor att utföra hjärt-lungräddning med patientens närståendes närvarande inom slutenvård. Detta resulterar i att sjuksköterskor inte enbart kan ha patientens säkerhet i åtanke utan även de närståendes (Powers och Candela, 2017). Vid en situation där HLR måste utföras menar Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2016a) att de närstående ska ges möjlighet till att närvara. För bästa utgång är det lämpligt att låta en av vårdpersonalen ansvara för de närstående. Den vårdpersonal som är utsedd till att ansvara för de närstående ska informera om vad som händer men också se till att under de tuffa omständigheterna göra upplevelsen så bra som möjligt men också hålla dem på avstånd för att inte störa vårdarbetet. I vissa fall finns det inte tillräckligt med personal att avvara till de närstående men det ska inte påverka möjligheten för de närstående att medverka. Det är sällan närstående orsakar några störningar under en situation med HLR som utgång (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2016a).

Att ha patientens närstående närvarande under ett plötsligt hjärtstopp är en känslig och debatterad fråga (Axelsson, et al., 2009). Sjuksköterskor från Storbritannien var mer positivt inställda till att patientens närståendes närvaro och ansåg den mer gynnsam än sjuksköterskor från Norge och Sverige gjorde. Hälften av alla sjuksköterskorna i studien upplevde en oro över att närstående är med under hjärt-lungräddningen. De oroade sig främst över att de skulle försöka kommunicera med sjukvårdspersonalen och därmed störa. Det fanns även en rädsla över att patientens integritet hotas om personalen måste diskutera viktiga saker inför de närstående. Lösningen på problemet var att utse en från teamet som skulle ta hand om de närstående om det fanns tillräckligt med personal och utrymme (Axelsson, et al., 2009).

2.5. Säker vård som referensram

Säker vård är en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser tillsammans med personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och informatik (Ödegård, 2017). Svensk Sjuksköterskeförening (2015) menar att målet med kärnkompetenserna är att sjuksköterskan ska vara mer förberedd men ska även resultera i en vård med bättre kvalitet och en högre säkerhet. Säker vård innebär att sjukvårdspersonal har kunskap om de riskerna som kan tillkomma och arbetar för att minska dem (Ödegård, 2017). Säker vård kan inte enbart bedrivas av en profession utan är ett samarbete mellan alla yrkesprofessioner inom sjukvården, inklusive patienten och närstående (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

Säker vård är en ständig process som förutsätter ett förbättringsarbete som bland annat kräver ett engagerat ledarskap, teamarbete och tekniska färdigheter. Om det trots allt inträffar fel av något slag är analys en viktig del inom säker vård. Säker vård och patientsäkerhet går hand i hand och är något som bör ses på som en process. Patientsäkerhet är en del av säker vård som ska finnas med i bilden hela tiden oavsett om det handlar om patientkontakt eller om ledningsgruppen fattar beslut (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

2.6. Patientsäkerhet

Patientsäkerhet innebär enligt Socialstyrelsen (2020) att patienten inte ska skadas i samband med åtgärder inom hälso- och sjukvården eller att åtgärder som är motiverade för patientens bästa genomförs. Vård ska hela tiden genomsyras av en god kvalitet. God vård som är tätt sammankopplat med patientsäkerhet ska vara lättillgänglig för alla. Vården ska ta hänsyn till patientens integritet, självbestämmande och hela tiden grundas i säker vård. En vårdskada innefattar lidande av olika karaktärer, kroppslig och psykisk skada. Sjukdom och dödsfall som hade kunnat undvikas genom adekvata och korrekta åtgärder inkluderas under begreppet vårdskada.

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) innebär att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. Enligt 1 kap. 1 § avser denna lag att vårdgivaren har en skyldighet att ständigt arbeta för att en patientsäker vård ska bedrivas. Mer specifikt innebär patientsäkerhet skydd mot vårdskada som är definierat i 1 kap. 6 §. 3 kap. innehåller allmänna bestämmelser kring vårdgivarens skyldigheter till att bedriva patientsäkerhetsarbete på ett systematiskt sätt. Det innebär också att vårdgivaren hela tiden ska ge patienten och dess närstående utrymme och möjlighet till att delta i det patientsäkerhetsarbete som ska bedrivas. Ansvar för att en korrekt HLR utförs står enligt Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2016a) verksamhetschefen eller den medicinskt ansvariga för. Utöver det har all sjukvårdspersonal ett eget ansvar kring de uppgifter som ska utföras vid ett hjärtstopp. Det egna ansvaret innefattar arbetsuppgifter och direktiv som är satta av respektive avdelning inom slutenvård. Reglering kring detta finns i Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659).

Su (2015) menar att även om det finns checklistor och standardiserade processer är vården utförd av människor och det finns alltid emotionella samt psykologiska aspekter att ta hänsyn till i en akut situation som exempelvis ett plötsligt hjärtstopp. Därför är det viktigt att ta reda på hur sjuksköterskor reagerar vid krisartade eller akuta situationer som kan äventyra

patientsäkerheten. Det gör att det enklare går att hitta ett sätt att förbättra erfarenheter och attityder hos vårdpersonal. Dessutom är det nödvändigt att utveckla riktlinjer och utbildningsplaner för att bemöta patienter och närståendes behov (Sak-Danosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist, 2015).

2.7. Problemformulering

Dagligen får personer inom slutenvård världen över plötsligt hjärtstopp som kräver hjärt- och lungräddning. Sjukvårdspersonal är skyldiga att påbörja HLR omedelbart för att öka förutsättningarna för överlevnad. Sjuksköterskor har inte bara ett ansvar för patientens överlevnad utan även för patientens närståendes upplevelse av situationen. Närståendes närvaro riskerar därmed att påverka patientsäkerheten. Detta leder till att det är av yttersta vikt att utreda huruvida patientens närstående reaktioner eventuellt påverkar sjuksköterskans prestation. Genom att undersöka detta bidrar det inte enbart till ny forskning och kunskap utan även i slutändan vilken omvårdnad patienter med hjärtstopp får. Den nya forskningen kan implementeras med eventuella åtgärder för att förbättra arbetsmiljön för sjuksköterskan men framför allt inte riskera patientsäkerheten. Det ger dessutom sjuksköterskor en ökad förståelse och trygghet inför liknande situationer eftersom kunskapen om hur patientens närstående ska bemötas vid hjärt-lungräddningen inom slutenvård ökar.

3.0. Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av hur patientsäkerheten påverkas då patientens närstående närvarar vid pågående hjärt-lungräddning inom slutenvård.

4.0. Metod

Kvalitativ metod kommer från den holistiska traditionen och handlar om att få en förståelse av fenomenet. Det kan vara via bland annat erfarenheter, upplevelser eller observationer. Inom kvalitativa metoder finns det inte någon absolut sanning och heller inget direkt rätt eller fel eftersom det är baserat på personers erfarenheter samt upplevelser. Då kvalitativ metod handlar om exempelvis erfarenheter eller upplevelser finns det ett djup i studien som hade försvunnit vid en kvantitativ metod (Henricson & Billhult, 2017). Kvantitativa metoder handlar istället om att beskriva, kartlägga, ta reda på samband och jämföra data och resultatet framställs ofta i siffror och statistik (Billhult, 2017). En kvalitativ metod är att föredra vid

undersökning av någons upplevelse i en specifik kontext. Eftersom syftet med denna studie är att ta reda på upplevelser används ett induktivt förhållningssätt. Ett induktivt förhållningssätt innebär att dra slutsatser som kommer från deltagarnas erfarenheter och upplevelser (Henricson & Billhult, 2017). Den använda metod för denna studie är en allmän litteraturoversikt. Metoden används för att skapa en översiktlig bild över forskningsläget baserat på kvalitativa artiklar. Kvalitativ forskning fokuserar på människors upplevelser och tankar (Kristensson, 2014).

4.1. Urval

De vetenskapliga artiklarna skulle vara peer-reviewed vilket innebär att de är vetenskapligt granskade av expertis inom området (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Artiklarna har ett internationellt perspektiv och skulle även vara publicerade från år 2009–2019, vara inom slutenvård, innefatta patienter över 18 år, vara skrivna på engelska, när de närstående på något sätt påverkat sjuksköterskans arbete vid HLR samt studier med beskrivning av etiska överväganden.

4.2. Datainsamling

PubMed är den största och den databas som används mest inom omvårdnadsforskning för att söka vetenskapliga artiklar inom medicin. CINAHL är också en relativt innehållsrik databas inom omvårdnadsforskning och det är dessa två databaser som använts vid artikel sökningarna (Kristensson, 2014). En pilotsökning gjordes i början av arbetet för att undersöka hur mycket vetenskap det fanns om det valda syftet. Sökningen gjordes på PubMed och gav 365 träffar. De centrala begrepp som användes vid sökningarna var “sjuksköterskan”, “upplevelse”, “närstående” och “hjärt-lungräddning” utifrån syftet. För att få fram de relevanta sökorden i blocksökningarna användes svenska MeSH (Svensk MeSH, u.å). Under arbetets gång har relevanta sökord påträffats som också använts vid artikelsökningarna (Axelsson, 2012). Genom att söka i fritext men också kontrollerade söktermer genererar det i en bredare sökning på hela databasen men även en mer specifik (Kristensson, 2014). Den databas med det mest kända kontrollerade söktermen är PubMed som använder sig av MeSH-termer. CINAHL använder sig av subject headings som är deras motsvarighet till MeSH. En kontrollerad sökterm innebär att artiklar i de olika databaserna blir tilldelade nyckelord som baseras på vad artikeln handlar om (Kristensson, 2014). För att få en ökad sensitivitet i sökningen användes flera synonymer och då tillsammans med den booleska sökoperatör OR.

För ytterligare sensitivitet i sökningen användes den booleska sökoperatören AND i kombination med OR. Synonymerna tillsammans med de booleska sökoperatörerna OR och AND finns sammanställda i sökblock (Bilaga 1). Efter att inklusionskriterierna lagts till och sökningen var avslutad resulterade det i 146 träffar på PubMed och 32 på CINAHL. Enligt Kristensson (2014) krävs efter avslutad sökning genomgång av artiklar som svarar på syftet. Den börjar redan på titelnivå för att sen gå vidare till abstrakt, fulltext och till sist kvalitetsgranskning. Av de 146 träffarna på PubMed lästes alla på titelnivå, 59 på abstraktnivå och 21 i fulltext. Av dessa ansågs samtliga svara mot syftet och kvalitetsgranskades därefter. Vidare kvalitetsgranskades 21 styck av de artiklarna. På databasen CINAHL lästes 32 titlar, 20 abstrakt, åtta fulltexter varav sju stycken bedömdes relevanta för syftet. Totalt har sju artiklar klarat kvalitetsgranskningen och därigenom också analyserats samt tagits med till resultatet. De 22 artiklarna som exkluderades saknade antingen etiskt övervägande, befann sig i fel kontext, var av kvantitativ design, med fokus på patienter under 18 år eller dubletter.

4.3. Kvalitetsgranskning

Båda författarna medverkade vid kvalitetsgranskningen men genomfördes var för sig. Den mall som användes var Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering (SBU, 2020) bedömning av studier med kvalitativ metodik (*Bilaga 2*). 29 artiklar kvalitetsgranskades varav 22 exkluderades efter att bedömningen av resulterade i att de hade för låg vetenskaplig kvalitet enligt SBU:s granskningsmall. Totalt sju artiklar valdes slutligen ut till analysen (*se sammanställning bilaga 3*).

4.4. Dataanalys

För att kunna besvara syftet användes en kvalitativ innehållsanalys där artiklarnas innehåll analyserades för att identifiera skillnader och likheter mellan dem. Analysen är baserad på Lundman och Hellgren Graneheims (2012) innehållsanalys. Deras metod baseras på att varje text består av antingen ett manifest som innebär det uppenbara eller ett latent som i sin tur innebär det underliggande budskapet. För att svara på syftet används en latent innehållsanalys och därför kommer texten att tolkas. Texten bearbetas med meningsenheter, kondensering, abstraktion, koder och kategorier. Tolkningen gjordes från de textnära kategorierna och sedan via subteman vidare till teman gjordes en latent analys. Meningsenhet innebär en del av texten som är bärande och kan vara ord, meningar samt stycken som hör ihop med både innehåll och sammanhang. Vidare i processen kommer kondensering där syftet är att korta ner texten utan

att förlora det väsentliga och till sist skapas koder genom abstraktion. Koden är en kortare version av meningsenheter. Utifrån flertalet koder skapas kategorier där varje kategori kan ha flera underkategorier. Att utifrån det skapa teman kan de latent budskapen lättare upptäckas (Lundman & Hellgren Graneheim, 2012). Därför gjordes subteman följt av teman för att beskriva det latent budskapet i meningsenheterna (se figur 2–3).

Författarna har valt ut meningsenheter var för sig för att öka trovärdigheten men också för att kunna jämföra båda författarnas resultat och hur de svarade på studiens syfte. Utifrån de utvalda artiklarna har sju meningsenheter valts ut. Författarna valde dessutom att översätta från engelska till svenska först bland kategorierna. Detta beslut togs för att minska risken för att någon viktig information försvann på grund av översättningen.

4.5. Etiska överväganden

Vid kvalitetsgranskningen behövde båda författarna ta ställning till om de studier som granskades var etiskt försvarbart eller inte. Alla artiklar som valdes ut skulle vara godkända av en etikprövningsnämnd vilket både Kjellström (2017) och Kristensson (2014) rekommenderar. Artiklarna skulle beskriva hur deltagarnas samtycke har inhämtats samt perspektiv som rör anonymitet. Helsingforsdeklarationen är ett internationellt styrdokument som bland annat fokuserar på deltagarnas integritet, rätt till information och självbestämmande samt risken för skada ska minimeras (Helsingforsdeklarationen, 2013). Dessutom ska forskningens potentiella nytta vägas mot och överstiga risken för skada samt genomgå en formell etikprövning av en oberoende kommitté (Kristensson, 2014).

4.6. Förförståelse

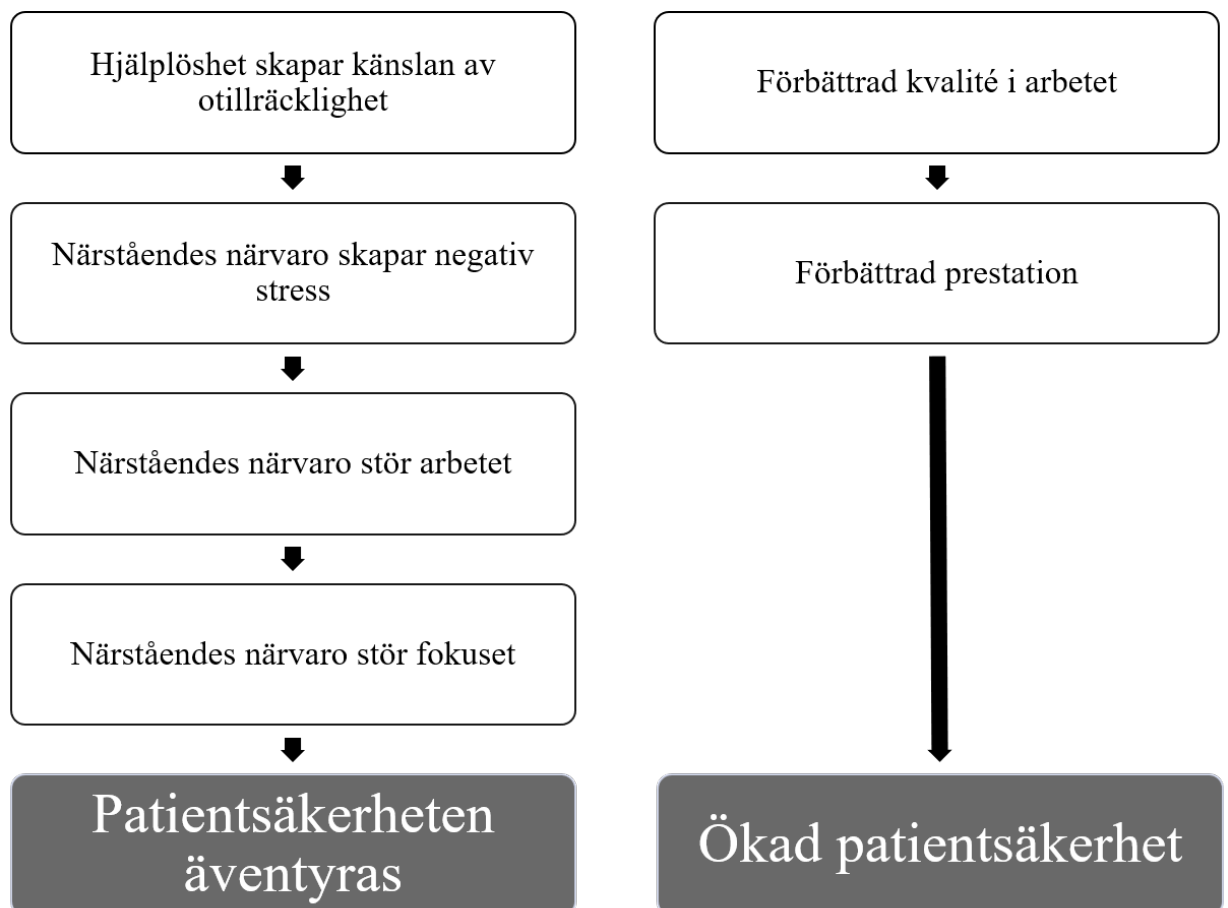
Båda författarna studerar sjuksköterskeprogrammet på Blekinge Tekniska Högskola och går i termin fem. Under studietiden har flera praktiker genomförts både i primärvård men även inom slutenvård. Innan och under utbildningstiden har erfarenhet samlats genom arbete på avdelningar med en hög risk att hjärtstopp och hjärt-lungräddning skulle kunna inträffa. Telemetriövervakning är ett vanligt hjälpmedel på de avdelningar som författarna arbetar på. Telemetri innebär en kontinuerlig övervakning av patientens hjärtrytm och frekvens. Telemetriövervakning är en portabel EKG-avläsning, vilket innebär att patienten kan vara uppegående (Rydberg & Holst, 2016). Ingen av författarna har varit med om ett hjärtstopp och därav inte heller någon hjärt-lungräddning. I sin helhet har författarna fått viss kunskap

om hjärtstopp och HLR genom utbildningen.

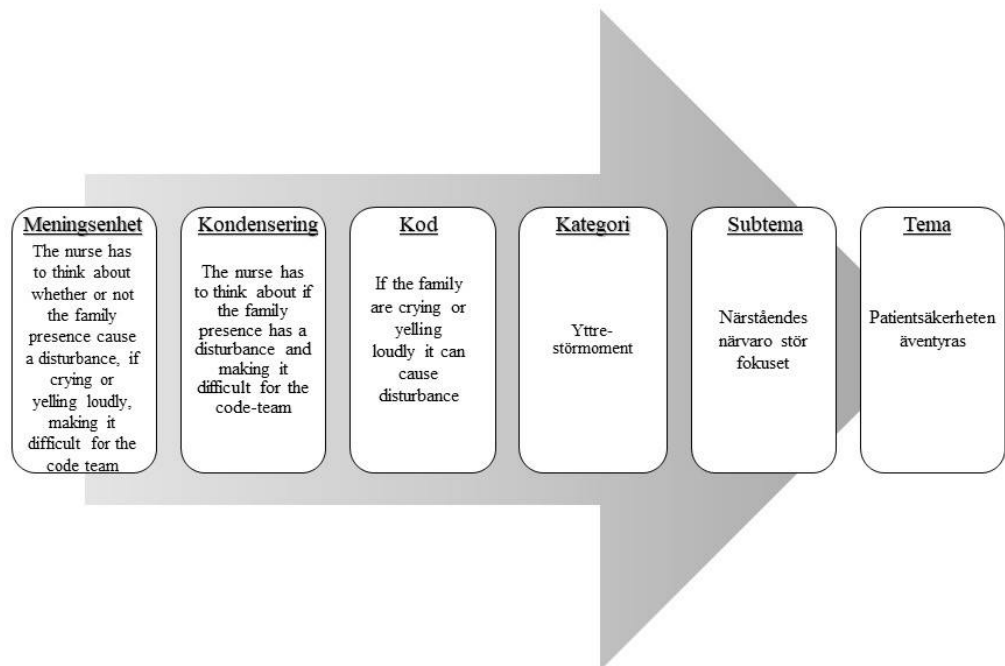
5.0. Resultat

Resultatet i studien baseras på sju artiklar som ansågs svara på studiens syfte. Sjuksköterskans upplevelse av hur patientsäkerheten påverkas då patientens närstående närvarar vid pågående hjärt-lungräddning var varierande. Det ledde till att författarna kunde identifiera sju kategorier. Utifrån kategorierna tolkades sex olika subteman och därefter tolkades två teman. De två teman blev följande: Patientsäkerheten äventyras och förbättrat patientsäkerhet som illustreras av *Figur 1*:

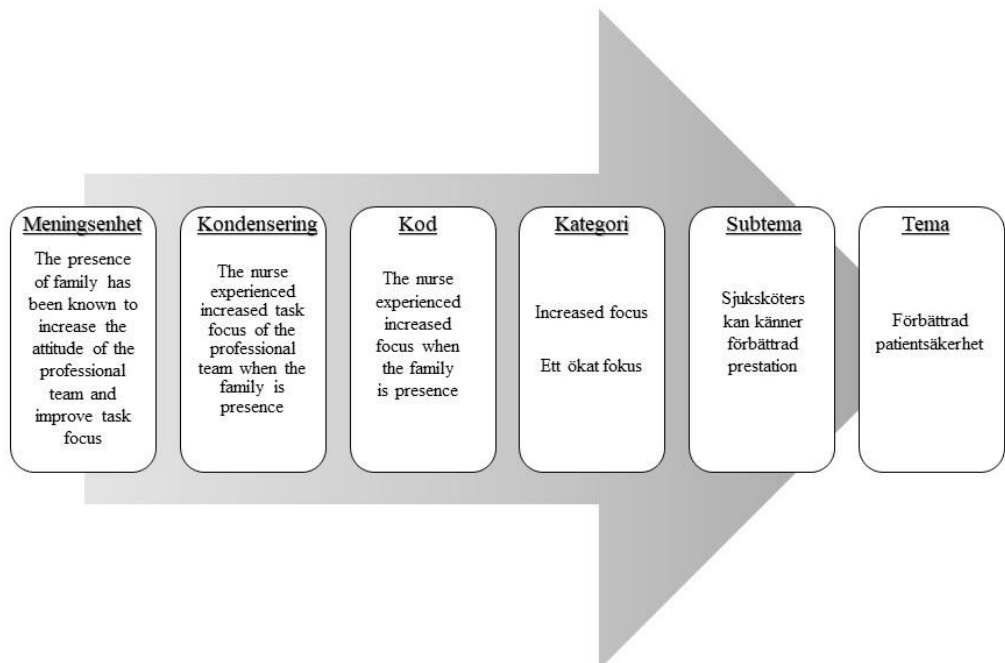
Figur 1: *Subteman och teman*



Figur 2: Analys; exempel 1



Figur 3: Analys; exempel 2



5.1. Patientsäkerheten äventyras

Baserat på den information som inhämtats upplevde sjuksköterskor att patientsäkerheten äventyras av att patientens närstående var närvarande under akut hjärtstopp. Om patientens närstående exempelvis skrek eller grät påverkade det sjuksköterskan negativt i form av att prestationen vid HLR blev sämre och det i sin tur påverkade patientsäkerheten negativt.

“The nurse has to think about whether or not the family might cause a disturbance, if crying or yelling loudly, making it difficult for the code team” (Twibell, Siela, Riwitis, Neal & Waters, 2018, s. 7).

Sjuksköterskor var rädda att äventyra patientens omvårdnad på grund av att närstående närvarade vid det akuta hjärtstoppet. Några sjuksköterskor nekade därför närstående att närvara vid återupplivandet för att minimera risken för störmoment, prestationsångest och begränsningar av utrymme (Gilles, de Lacey & Muir-Cochrane, 2018). Familjemedlemmar kunde eventuellt inte hålla tillräckligt med avstånd från patienten och riskerar därför inte bara patientens säkerhet utan även sin egna.

“There is not a lot of room around the patient, and family members probably wouldn't be able to keep enough distance from the resuscitation team due to their emotional state and desire to touch the patient” (Sak-Danosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist, 2018, s. 2).

Sjuksköterskor som nekade patientens närstående att medverka vid händelsen av hjärt-lungräddning var rädda för att de närstående skulle riskera att avbryta och påverka försöket till återupplivandet. Det kunde handla om risker att närstående försökte kasta sig över den personen som fick hjärt-lungräddning (Twibell, Siela, Riwitis, Neal & Waters, 2018).

Närstående kan i rädsla att förlora en person som de älskar reagera med starka känslor och det kan i värsta fall yttra sig i ett aggressivt beteende vilket i sin tur kan påverka HLR-teamets förmåga att genomföra HLR med god kvalitet. Aggressivt beteende från närstående tenderar ofta att gå ut över sjuksköterskorna och teamet som utför hjärt-lungräddning (Hassankhani, Zamanzadeh, Rahmani, Haririan & Porter, 2017a). Det framkom att närståendes närvaro vid återupplivandet hade några destruktiva och skadliga effekter på sjuksköterskor och patientens närstående. Sjuksköterskor upplevde en negativ påverkan av att de närstående var närvarande under återupplivandet och det påverkade alla inblandade.

“According to the participants, FPDR has some destructive and detrimental effects on the members of the resuscitation team and the patient's family” (Hassankhani, Zamanzadeh, Rahmani, Haririan & Porter, 2017a, s. 2).

Negativa effekter som påverkade sjuksköterskans förmåga vid HLR var närstående som skapade störmoment för sjukvårdspersonalen, att närstående orsakade stress samt osäkerhet (Hassankhani, Zamanzade, Rahmani, Haririan & Porter, 2017b). Något som framkom var sjuksköterskornas oro över att arbetsflödet skulle komma att bli avbrutet och därav ta bort fokus från patienten om närstående närvarar i rummet. Detta skulle i förlängningen kunna generera i etiska tveksamheter men också riskera att medicinska fel görs (Sak-Danosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist, 2018). Det är inte heller alltid att teamet består av erfarna sjuksköterskor och kan därför bli än mer påverkade av skrik och andra störande moment från närstående. Den påverkan kan yttra sig i stress och påverka genomförandet av hjärt-lungräddningen (Hassankhani, Zamanzade, Rahmani, Haririan & Porter, 2017b).

“Many participants indicated that if families expressed suffering and fear, this would interfere in professionals decision making and could enhance staff's helplessness” (Barreto, Garcia-Vivar, Mitchell & Marcon, 2018, s. 5).

Sjuksköterskor indikerade på att vid tillfällen då patientens närstående uttryckte lidande och rädsla i samband med hjärt-lungräddning skapade det en känsla av ökad hjälplöshet. Det gjorde att patientsäkerheten påverkades. Känslan av hjälplöshet som uppstår på grund av de närståendes lidande gör att sjuksköterskan får en större känslomässig börda än vad det hade behövt vara. Vid hjärt-lungräddning krävs det stabilitet och utrymme att utföra det som sjuksköterskorna är utbildade att göra. Närståendes utåtagerande känslor som exempelvis lidande vid hjärt-lungräddning påverkar sjuksköterskans förmåga att hjälpa. Att inte kunna hjälpa skapar då en känsla av otillräcklighet för sjuksköterskan (Barreto, Garcia-Vivar, Mitchell & Marcon, 2018). Att patientens närstående i det akuta läget behöver hjälp och stöd ökar HLR-teamets känsla av otillräcklighet. Sjuksköterskan vill även hjälpa de närstående men fokus behöver sjuksköterskornas och resten av HLR-teamet energi ligga på patienten. Vid situationer där närstående kan påverka i den grad att sjuksköterskan känner sig otillräcklig påverkar säkerheten (Barreto, Garcia-Vivar, Mitchell & Marcon, 2018). Känslan

av otillräcklighet kan även härledas till en för liten personalstyrka, vilket innebär att ingen i det läget hinner med att i det akuta läget ta hand om patientens närstående på ett bra sätt. Sjuksköterskans fokus ska vara på patienten för att bedriva en säker vård med så hög kvalitet som är möjligt (Sak-Danosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist, 2018). Sjuksköterskor uttryckte även att det kan vara svårt att patientens närstående är närvarande under återupplivandet då rollen lätt blev delad. Att undermedvetet veta att patientens närstående också behöver uppmärksamhet, stöd och hjälp medan fokus är på patienten med hjärtstopp. Vetskapen om att det kan vid situationer som HLR leda till en känsla av otillräcklighet men också delat fokus vilket i sin tur kan riskera en säker vård (Barreto, Garcia-Vivar, Mitchell & Marcon, 2018).

5.2. Förbättrad patientsäkerhet

“The presence of family has been known to increase the attitude of the professional team and improve task focus” (Hassankhani, Zamanzade, Rahmani, Haririan & Porter, 2017b, s. 3)

“I feel motivated while family is present during CPR efforts” (Lederman & Wacht, 2014, s. 3).

Närvaron av närstående har visat sig öka och förbättra sjukvårdsteamets fokus. Sjuksköterskor uttryckte att känslan av att närstående är med vid hjärt-lungräddning leder till att de presterar bättre eftersom koncentrationen och fokus ökar. Hela förloppet under återupplivandet utförs med en bättre metodik och utförandet av de uppgifter som en sjuksköterska ska genomföra får då en högre kvalitet (Hassankhani, Zamanzade, Rahmani, Haririan & Porter, 2017b)

Sjuksköterskor upplevde även i samband med HLR att vården förbättrades på grund av att patienten har en närstående vid sin sida. Att som sjuksköterska se patienten vara älskad ökar känslan av motivation. Motivationen från de närstående genererade i en ökad styrka att sjuksköterskan motiverade sig själv och prestationen i försöket att återuppliva patienten. Faktorer som skulle kunna påverka kvalitén på hjärt-lungräddningen är en mindre bra kommunikation och fördröjningar av olika moment som ska genomföras minskar att uppstå vid en ökad motivation hos sjuksköterskorna (Lederman & Wacht, 2014). I och med att närstående till patienten är med vid återupplivandet ökar allvaret över situationen och även fokuset. En del sjuksköterskor uttryckte att deras självförtroende förstärktes tack vare att närstående var med vid hjärt-lungräddningen. Detta gjordes att deras färdigheter förbättrades

och då indirekt påverkade kvaliteten på hjärt-lungräddningen till det positiva (Sak-Danosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist, 2018). Genom att låta närstående närvara upplevde en del sjuksköterskor att förtroendet mellan medlemmarna i HLR-teamet blev större, vilket genererade i ett bättre samarbete (Hassankhani, Zamanzade, Rahmani, Haririan & Porter, 2017b). Sjuksköterskor hade uppfattningen av att närståendes närvaro påverkades positivt av att vara med under återupplivandet. Det resulterade i ett lugn hos sjuksköterskorna. Lugnet kom ifrån att närstående under processen såg att HLR-teamet gjorde allt för att rädda patienten. Detta påverkade i sin tur sjuksköterskorna och hela HLR-teamet positivt eftersom det blev en bättre kommunikation mellan de i teamet och med de närstående (Hassankhani, Zamanzadeh, Rahmani, Haririan & Porter, 2017a). Sjuksköterskor upplevde även en transparens i allt som utfördes under HLR om närstående är närvarande. Det gjorde även att förtroendet mellan närstående och sjuksköterskorna blev mycket bättre av deras närvaro. Det gav en ökad trygghet och i sin tur en bättre och säkrare vård (Lederman & Wacht, 2014).

6.0. Diskussion

Vid kvalitativ forskning används trovärdighetsbegreppet, på engelska trustworthiness, för att bedöma men också beskriva studiens hållbarhet (Lincoln & Guba, 1984). Trovärdighet består av fyra delar: Tillförlitlighet, överförbarhet, giltighet och verifierbarhet. Tillförlitlighet handlar om sanningshalten i resultaten som studien presenterar. Ett sätt att stärka tillförlitligheten är genom triangulering, vilket innebär att två eller flera analyserar materialet. Detta minskar risken för att resultatet blir vinklat beroende på förförståelse. Överförbarheten handlar om hur pass mycket de framtagna resultaten kan vara aktuella i andra sammanhang. Den tredje delen innefattar verifierbarhet och här ligger vikten i hur materialet är representerat i resultatet. Kortfattat innebär det att läsaren ska kunna verifiera att tolkningarna är baserade på ett hållbart insamlat datamaterial. Giltigheten i en studie innebär materialets stabilitet över tid. Giltigheten kan styrkas genom att beskriva när insamlingen av datamaterialet är utförd (Lincoln & Guba, 1984). För att säkerhetsställa alla fyra delar i trovärdighet har en sammanställning över varje artikel genomförts och finns redovisad i en artikelöversikt (*Bilaga 3*). Varje artikel har bedömts enskilt och båda författarna har sedan diskuterat dess trovärdighet.

6.1. Metoddiskussion

För att få en djupare förståelse valdes en allmän litteraturstudie baserad på vetenskapliga

artiklar med kvalitativ ansats. En kvalitativ ansats valdes för att besvara ett av syftets bärande begrepp - upplevelse. En kvantitativ ansats valdes därför bort för att sjuksköterskans upplevelse av hur patientsäkerheten påverkas då patientens närstående närvarar inte skulle negligeras. Fördelen med en kvalitativ litteraturstudie är att flera olika studier sammanställs (Kristensson, 2014). Nyttan med studien var att kunna skapa goda förutsättningar för fortsatta empiriska studier inom ämnet. Däremot är nackdelen med en kvalitativ litteraturstudie att material redan har sammanställts, analyserats och tolkats av andra forskare vilket kan påverka resultatet (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Syftet med studien var även att undersöka om sjuksköterskan upplevde en påverkan på patientsäkerheten av att patientens närstående var närvarande under akut hjärtstopp. "Patientsäkerhet" var inte en sökterm författarna använde sig utav utan istället gjordes en latent analys. Analysen gjordes eftersom "patientsäkerhet" gav för lite resultat i sökningarna (Kristensson, 2014). Istället letades det latent budskapet i artiklarna fram. Det latent budskapet tolkades från de textnära kategorierna. För att få fram det latent budskapet svarades på frågan vad handlar det här om (Lundman & Hellgren-Graneheim, 2012). Ett av inklusionskriterierna var artiklar inom slutenvård där författarna valde att även inkludera akutvårdsavdelning. Detta motiverades med att det främst är där de närstående är närvarande vid akut hjärtstopp. Genom att inkludera artiklar som representerar flera delar av världen men också kontexterna slutenvård och akutvårdsavdelning ökar överförbarheten men också trovärdigheten i urvalet. För att ytterligare öka trovärdigheten och även säkerställa den vetenskapliga kvaliteten i studien har endast artiklar som är peer-reviewed använts (Henricson, 2017). I artikelsökningen kunde vad som innefattade slutenvård vara ottydligt vilket kan ha haft en viss påverkan på resultatet. För att få en bredare sökning valdes två databaser; PubMed och Cinahl Complete. De båda sökmotorerna ansågs relevanta till områdena omvårdnad, medicin och det valda syftet. Båda författarna läste de olika artiklarna enskilt för att sedan diskutera och sammanställa resultaten tillsammans för att öka trovärdigheten. Även kvalitetsgranskning gjordes enskilt med hjälp av Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering (SBU, 2020). För att öka pålitligheten över hela arbetet har båda författarnas förförståelse jämförts och diskuterats för att under hela processen vara observant och i en så pass liten utsträckning som möjligt påverka resultatet (Polit & Beck, 2016). Författarna valde ut meningsenheter var för sig för att öka trovärdigheten men också för att kunna jämföra båda författarnas resultat och hur de svarade på studiens syfte. Därefter analyserades materialet gemensamt. Meningsenheterna valdes ut på engelska och översattes i kategorier till svenska. Det finns därför en risk att en del av innehållet försvann i översättningen. En del engelska ord går inte att översätta eftersom det inte finns ett korrekt

svenskt ord, istället används ett liknande ord på svenska med samma innebörd.

För att svara på syftet och hitta relevanta artiklar genomfördes sökningar efter artiklar med hjälp av fritext och kontrollerade sökord men även booleska sökoperatörer. Enligt Lincoln och Guba (1985) ökar sökningens specificitet vid kombination av fritextsökning, kontrollerade sökord och booleska sökoperatörer. I och med dessa kombinationer har någon artikel återkommit i båda databaserna vilket ökar sökningens sensitivitet. Valet att inte enbart använda sig av kontrollerade sökord innebär att sökningen också inkluderar de artiklar som inte blivit tilldelade ett ämnesord. Kristensson (2014) menar att specificiteten ökar vid användning av den booleska sökoperatören AND då sökningen avgränsas till ett mer kontrollerat område. Den booleska sökoperatören däremot ökar sökningens sensitivitet. Användningen av OR leder till inkludering av alla relevanta artiklar.

För att öka trovärdigheten har författarna hela tiden haft de fyra aspekterna av trovärdigheten under arbetet med studien. Tillförlitligheten har styrkts genom att allt material har analyserats och granskats av båda författarna för att minska risken för ett vinklat resultat. En negativ aspekt kan exempelvis vara att båda författarna har liknande förförståelse. Studien har befunnit sig i kontexten slutenvård men också akutavdelning vilket innebär en relativt bred kontext och genererar i en styrkt överförbarhet. Resultatet är giltigt och kan därför överföras till liknande kontexter. Verifierbarheten har styrkts genom att författarna tillsammans jämfört materialet med resultatet för att säkerställa att allt finns representerat. Hur och när all data har samlats in finns väl beskriven och är kontrollerad av författarna för att försäkra giltigheten i studien (Lincoln & Guba, 1984).

6.2. Resultatdiskussion

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av hur patientsäkerheten påverkas då patientens närstående närvarar vid pågående hjärt-lungräddning inom slutenvård. Under analysen av den valda data framkom tre teman: Patientsäkerheten äventyras, ökat fokus och känslan av otillräcklighet. När patientens närstående närvarar i samband med hjärt-lungräddning var sjuksköterskans upplevelse av påverkan på patientsäkerheten till största del negativ. Det ligger stor vikt i en bra kommunikation under HLR och att de arbetsmoment som ska utföras genomförs på ett korrekt, säkert och snabbt sätt. Dessa moment upplevdes som förbättrade eftersom både motivation och fokus ökade av närståendes närvaro (Hassankhani,

Zamanzade, Rahmani, Haririan & Porter, 2017b; Lederman & Wacht, 2014). Bättre kommunikation och utförande av de olika momenten förbättrades än när de närstående inte närvarade (Hassankhani, Zamazade, Rahmani, Haririan & Porter, 2017b; Lederman & Wacht, 2014; Nallamothe et al., 2018). I andra studier poängterades motsatsen att närståendes närvaro påverkade dem negativt när närstående uttryckte lidande av något slag. Det uttryckta lidande hos de närstående skapade känslor som hjälplöshet och otillräcklighet hos sjuksköterskorna då de inte kunde hjälpa till i den utsträckning som de önskade (Hassankhani, Zamanzade, Rahmani, Haririan & Porter, 2017b). Sjuksköterskorna menar att närstående kan stå för en del störmoment som skulle kunna resultera i prestationsångest vid utförandet av HLR och kan leda till konsekvenser för patientsäkerhet. Begränsningar som brist på utrymme påverkar inte bara säkerheten för patienten och sjuksköterskan utan även för de närstående (Gilles, de Lacey & Muir-Cochrane, 2018; Sak-Danosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist, 2018). På grund av närståendes närvaro framkom det negativa effekter i form av stress och osäkerhet (Hassankhani, Zamanzade, Rahmani, Haririan & Porter, 2017b). Ramage, Porter och Biedermann (2018) förtydligar att negativa effekter i form av ökade stressnivåer skulle kunna påverka återupplivningen och patientsäkerheten. De skadliga och negativa effekterna påverkade först och främst sjuksköterskans förmåga att utföra sitt arbete men det genererade också i att patienten och eventuella närstående kunde utsättas för onödig skada (Hassankhani, Zamanzade, Rahmani, Haririan & Porter, 2017a).

Sjuksköterskor anser inte att patientens närstående är lämpliga att bevittna det akuta hjärtstoppet och hjärt-lungräddning (Sak-Danosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist, 2015; (Citolino Filho, Santos, Silva & Nogueira, 2015). Det ska förtydligas att sjuksköterskan har ett stort ansvar och inte minst vid ett akut hjärtstopp. Sjuksköterskan ska hålla koll på tiden, eventuellt ge läkemedel, rapportering mellan sjukvårdspersonal, dokumentation och det ska löpande ske ett samspel inom teamet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Allt detta ska göras med noggrannhet för att arbeta utifrån en säker vård. I en situation som akut hjärtstopp kan de närstående påverka sjuksköterskans noggrannhet och om detta inträffar kan patientsäkerheten äventyras. Sjuksköterskan ska alltså kunna bedriva vård av på bästa sätt och säkerhet där flera yrkesgrupper inkluderas men också patienten och dess närstående. Inom säker vård är patientsäkerhet en stor del och enligt Socialstyrelsen (2017) ska onödigt lidande och dödsfall undvikas genom adekvata och korrekta åtgärder. Därför är det av stor vikt att HLR-teamet kan arbeta ostört, vilket närståendes kan försvåra (Twibell, Siela, Riwits, Neal & Waters, 2018). Sjuksköterskor är ofta vana vid ljud från apparater, akutlarm, telefoner

liknande som kan avbryta deras arbete (Hedberg & Larsson, 2004). Däremot kan andra ljud som orsakar störmoment ge ökade stimuli och negativ stress som i sin tur kan äventyra patientsäkerheten (Twibell, Siela, Riwitis, Neal & Waters, 2018). Däremot är det enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) inom det patientsäkra arbetet viktigt att ge utrymme och möjlighet för närstående att närvara. Studiens resultat bör överväga om närstående ska vara närvarande under återupplivandet för att inte äventyra patientsäkerheten.

Andra sjuksköterskor menar på att det kan finnas risker med att patientens närstående är närvarande vid återupplivandet då de kan riskera att störa arbetet (Gilles, de Lacey & Muir-Cochrane, 2018; Chapman, Bushby, Watkins & Combs, 2014). De menar att hysteri, aggression, stress och otröstlighet hos närstående kan påverka kvalitén under HLR, vilket i sin tur kan påverka patientsäkerheten negativt. Vissa sjuksköterskor upplevde även att patientsäkerheten äventyras med närståendes närvaro eftersom defibrillatorn kräver avstånd (Chapman et al., 2014). Sjuksköterskorna behöver se till att arbetet bedrivs genom att skydda patientens närstående från skada som skulle kunna orsakas av exempelvis defibrillatorn (Gilles, de Lacey & Muir-Cochrane, 2018). Det finns en risk att närstående inte alltid kan hålla det rätta avståndet på grund av deras känslotillstånd men också för att det inte alltid finns tillräckligt med utrymme runt patienten vid HLR. Det kan ge en känsla av otillräcklighet för sjuksköterskan eftersom ansvaret på patienten och de närstående blir för stort (Sak-Danosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist, 2018; Twibell, Siela, Riwitis, Neal & Waters, 2018; Chapman et al., 2014). För att minska riskerna för en negativ påverkan av effektiviteten under återupplivandet men också minska riskerna vad gäller äventyrad patientsäkerhet är det viktigt med rätt utrymmen runt omkring. Forskning visar att en trång yta kan påverka säkerheten negativt och riskera den säkra vården (James, Cottle & Hodge, 2010). Oron över distraktioner som kan påverka patientsäkerheten är inte enbart bristen på utrymme utan det är även de känslor som kan uppkomma hos sjuksköterskan på grund av närståendes närvaro. Det är exempelvis känslor som ångest och frustration över att sjuksköterskans fokus blir delat mellan patienten och närstående. Det kan resultera i en osäkerhet hos sjuksköterskan och kan medföra risker för patientsäkerheten (Dwyer & Friel, 2016). Vid ett plötsligt hjärtstopp är det ofta nödvändigt att ta av patientens kläder. Ur ett etiskt perspektiv kan det med respekt för patienten vara lämpligt att be närstående att lämna rummet för att skydda patientens integritet och värdighet. Chapman et al., (2014) menar att det kan uppstå situationer där sjuksköterskan behöver ta etiska ställningstagande för att skydda patienten.

Artiklarna från studien har ett internationellt perspektiv vilket innebär att det kan se annorlunda ut i de olika länderna. Det är viktigt att ha i åtanke att en del kulturella skillnader med både närståendes närvaro och HLR kan finnas. Ur ett globalt perspektiv menar Aufderheide, Nolan och Jacobs (2013) att det finns ett behov av förbättring inom återupplivande vård. Det finns skillnader mellan olika delar i världen i hur bland annat resurser fördelas. Eftersom att forskning och riktlinjer har kommit olika långt runt om i världen finns möjlighet till förbättring. Med detta i åtanke finns det risker med att resultatet hade kunnat se annorlunda ut eftersom att det finns olika mycket vana vid återupplivning (Aufderheide, Nolan & Jacobs, 2013).

Sorgeprocessen kan enklare bearbetas för patientens närstående om det inte skulle gå att rädda patientens liv (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2016a). Detta innebär att sjuksköterskan hela tiden måste överväga vad som kan få bäst resultat och innebära minst risker. Om sjuksköterskan beslutar att närstående kan närvara vid återupplivandet är det en god idé att låta någon från personalstyrkan ansvara för de närstående, och inte låta resten av teamet bli störda av de eventuella frågor eller störmoment som kan uppkomma (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2016a). En närståendansvarig i personalstyrkan är en viktig del i implementering av närståendes närvaro vid HLR. Det gynnar både HLR-teamet och de närstående (Ramage, Porter & Biedermann, 2018). Vidare föreslås utökad mängd underlag kring hur patientsäkerheten påverkas då patientens närstående närvarar vid pågående hjärt-lungräddning inom slutenvård.

7.0. Självständighet

Arbetet har självständigt utförts av Elin Karlsson och Johanna Olsson. Inledningen är skriven av Johanna O, bakgrunden är gemensamt skriven medan metod är skriven av Elin K. Båda författarna har kommit överens om de olika sökorden och sökblocken. Författarna har gemensamt gjort sökningar på PubMed och Cinahl Complete. Efter att sökningarna gjordes på de olika databaserna lästes alla artiklar självständigt för att endast inkludera de artiklar som besvarade det valda syftet samt inklusionskriterierna. Kvalitetsgranskningen av artiklarna och meningensheterna gjordes enskilt för att öka trovärdigheten av att artiklarna besvarade syftet samt att kvaliteten var hög medan de olika stegen i analysen gjordes gemensamt. Båda författarna skrev olika delar av resultatet och Elin K har främst ansvarat för bilagor. Metoddiskussion är skriven av Johanna O och resultatdiskussion har skrivits tillsammans.

Slutsatsen är skriven av Johanna O. Slutligen har allt material sammanställts och diskuterats tillsammans.

8.0. SLUTSATS

Patientsäkerheten kan äventyras genom att bjuda in patientens närstående att närvara under det akuta hjärtstoppet. Däremot påverkar inte de närståendes närvaro sjuksköterskans arbete i en direkt mening. Närstående kan äventyra patientsäkerheten genom att kommunicera med sjuksköterskan, vid brist på utrymme eller att ett ökat störmoment uppstår för sjuksköterskan och teamet vid HLR. Således kan sjuksköterskan känna sig otillräcklig i sitt arbete. Om de närstående inte gör något som ovan nämnt, kan detta istället leda till att sjuksköterskan får en känsla av ökad motivation och fokus. Avslutningsvis beror det hela på vilken situation sjuksköterskan befinner sig i och hur de närstående reagerar under dessa förhållanden som påverkar patientsäkerheten.

9.0. Referenser

* = Artiklar i resultat

Aufderheide, T P., Nolan, J P., & Jacobs, I G. (2013). Global Health and Emergency care: A Resuscitation Research Agenda - Part 1. *Academic Emergency Medicine*, 1289–1296. doi: 10.1111/acem.12270.

Axelsson, AB., Fridlund, B., Moons, P., Mårtensson, J., Op Reimer, WS., Smith, K., Strömberg, A., Thompson, DR., & Norekvål, TM. (2009). European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(1):15–23. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.10.001.

Axelsson, Å. (2012). *Litteraturstudie*. Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård (s. 209). Lund: Studentlitteratur.

*Barreto, M-S., Garcia-Vivar, C., Mitchell, M., & Marcon, S-S. (2018). Family presence during resuscitation in emergency departments: professionals' attitudes in Brazil. *International Nursing Review*, 65(4):567–576. doi: 10.1111/inr.12490.

Billhult, A. (2017). *Kvantitativ metod och stickprov*. Henricson, M. (Red.). Vetenskaplig metod och teori - från idé till examination inom omvårdnad (s. 100). Lund: Studentlitteratur.

Blomqvist, K., & Peterson, P. (2014). Vårdkedjans aktörer och organisering. Ehrenberg, A., & Wallin, L. (Red.), *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling* (s. 169–180). Lund: Studentlitteratur.

Chapman, R., Bushby, A., Watkins, R., & Combs, S. (2014). Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite Family Witnessed Resuscitation: A qualitative perspective. *International Emergency Nursing*, doi: 10.1016/j.ienj.2013.03.008.

Citolino Filho, C., Santana Santos, E., Cassia Gengo e Silva, R., & Souza Nogueira, L. (2015). Factors affecting the quality of cardiopulmonary resuscitation in inpatient units: perception of nurses. *Journal of school of nursing*, 49(6), 908–913. doi: 10,1590/S0080-623420150000600005.

De Stefano, C., Normand, D., Jabre, P., Azoulay, E., Kentish-Barnes, N., Lapostolle, F., & Vicaut, E. (2016). Family presence during resuscitation: a qualitative analysis from a national multicenter randomized clinical trial. *PloS one*, 11(6), doi: e0156100.

Dwyer, T., & Friel, D. (2016). Inviting family to be present during cardiopulmonary resuscitation: Impact of education. *Nurse education in practice*, 16(1), 274–279. doi-org.miman.bib.bth.se/10.1016/j.nepr.2015.10.005.

European Resuscitation Council. (u.å). *Introduktion*. Hämtad 2020-04-19 från <https://www.erc.edu/about>

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. Friberg, I F. (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (upplaga 3:2 s. 141–152). Lund: Studentlitteratur AB.

*Gilles, T., de Lacey, S., & Muir-Cochrane, E. (2018). How do clinicians practise the principles of beneficence when deciding to allow or deny family presence during resuscitation? *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6):e1214-e1224. doi: 10.1111/jocn.14222.

Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. Lundman, B., & Hellgren Graneheim, U. *Tillämpa kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (upplaga 2:1 s. 187–199). Lund: Studentlitteratur.

*Hassankhani, H., Zamanzadeh, V., Rahmani, A., Haririan, H., & Porter, J-E. (2017a). Family Presence During Resuscitation: A Double-Edged Sword. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(2):127–134. doi: 10.1111/jnu.12273.

*Hassankhani, H., Zamanzade, V., Rahmani, A., Haririan, H., & Porter J-E. (2017b). Family support liaison in the witnessed resuscitation: A phenomenology study. *International Journal of Nursing Studies*, 74:95–100. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.005.

Hayajneh, F. A. (2013). Jordanian professional nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation of adult patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 36(2):218–227. doi: 10.1097/CNQ.0b013e31828414c0.

Hedberg, B., & Larsson, U. S. (2004). Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice. *Journal of clinical nursing*, 13(3), 316–324. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1046/j.1365-2702.2003.00879.x>.

Helsingforsdeklarationen. (2013). World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 2020-05-16 från [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-mediatype&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-mediatype&footer-right=[page]/[toPage]).

Henricson, M. (2017). *Diskussion*. Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig metod och teori - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411–419). Lund: Studentlitteratur.

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

Hjärt-lungfonden. (2018). Plötsligt hjärtstopp. Hämtad 2020-04-02 från <https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/plotsligt-hjartstopp/>

International Council of Nurses. (2002). *Nursing Definitions*. Hämtad 2020-04-20 från <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

James, J., Cottle, E., & Hodge, D. (2010). Registered nurse and health care Chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19–26. doi: 10.1016/j.iccn.2010.09.001.

Kenny, G., Bray, I., Pontin, D., Jefferies, R., & Albarran, J. (2017). A randomised controlled trial of student nurse performance of cardiopulmonary resuscitation in a simulated family-witnessed resuscitation scenario. *Nurse Education in Practice*, 21-26. doi: doi.org/10.1016/j.nepr.2017.03.004.

K G, Monsieurs., J P, Nolan., L L, Bossaert., R, Greif., I K, Maconochie., N I, Nikolaou., G D, Perkins., J, Soar., A, Truhlár., J, Wyllie., & D A, Zideman. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 27(1):1–80. doi: doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038.

Kjellström, S. (2017). *Forskningsetik*. Henricsson, M. (Red.). Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad (s. 57–65). Lund: Studentlitteratur.

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

*Lederman, Z. & Wacht, O. (2014). Family presence during resuscitation: attitudes of Yale-New Haven Hospital staff. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 5:87(1):63–72. doi: [PMC3941452](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3941452/).

Lincoln, Y. S., & Guba, E.G. (1984). *Naturalistic Inquiry*. Newbury park: Sage Publications.

Monks, J., & Flynn, M. (2014). Care, compassion and competence in critical care: A qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(6), 353–359. doi: [doi.org.miman.bib.bth.se/10.1016/j.iccn.2014.04.006](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.04.006).

Nallamothu, BK., Guetterman, TC., Harrod, M., Kellenberg, JE., Lehigh, JL., Kronick, SL., Krein, SL., Iwashyna, TJ., Saint, S., & Chan, PS. (2018). How Do Resuscitation Teams at Top-Performing Hospitals for In-Hospital Cardiac Arrest Succeed?: A Qualitative Study. *Circulation*, doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.033674>.

O'Donoghue, S., DeSanto-Madeya, S., Fealy, N., Saba, C., Smith, S. & McHugh, A. (2015). Nurses perceptions of role, team performance and education regarding resuscitation in the

adult medical-surgical patient. *MEDSURG Nursing*, 24(5): 309–317.

Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659). Hämtad från Riksdagens webbplats:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Porter, J. E., Miller, N., Giannis, A., & Coombs, N. (2017). Family Presence During Resuscitation (FPDR): Observational case studies of emergency personnel in Victoria, Australia. *International emergency nursing*, 33, 37–42. doi-
[org.miman.bib.bth.se/10.1016/j.ienj.2016.12.002](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.12.002).

Powers, KA., & Candela, L. (2017). Nursing Practices and Policies Related to Family Presence During Resuscitation. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*. 36(1):53–59. doi: 10.1097/DCC.0000000000000218.

Påvärka. (1955). I/In Svenska Akademiens Ordbok. Hämtad från <https://www.saob.se/artikel/?seek=p%C3%A5v%C3%A4rka>

Ramage, E., Porter, J. E., & Biedermann, N. (2018). Family presence during resuscitation (FPDR): A qualitative study of implementation experiences and opinions of emergency personnel. *Australasian emergency care*, 21(2), 51–55. doi-
[org.miman.bib.bth.se/10.1016/j.auec.2018.05.002](https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.05.002).

Rydberg, E., & Holst, M. (2016) *Hjärtsjukdomar*. Ekwall, A., & A M, Jansson. (Red.). Omvårdnad och medicin. (s. 237). Lund: Studentlitteratur.

Sak-Danosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, PR., & 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):2595–608. doi: 10.1111/jan.12736.

*Sak-Danosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, PR., & Kvist, T. (2018). Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice. *Nurs Crit Care*, 23(3):134–140. doi: 10.1111/nicc.12294.

SBU. (2020). Bedömning av studier med kvalitativ metodik. Hämtad 2020-04-29, från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Socialstyrelsen. (2020). *Definitionen av patientsäkerhet och vårdskada*. Hämtad 2020-05-14 från

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/definitionen-av-patientsakerhet-och-varidskada>

Socialstyrelsens termbank. (u.å). Hämtad 2020-04-14 från <http://app.socialstyrelsen.se/termbank>

Su L. (2015). Why Studying Human Behavior is a Critical Component of Patient Safety. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2015;45(12):367–369. doi: 10.1016/j.cppeds.2015.10.004.

Svenska Hjärt-Lungräddningsregistret. (2019). Årsrapport 2019. Hämtad 2020-04-09 från <https://hlrr.se/index.html>

Svensk sjuksköterskeförening. (2015). Kärnkompetenser. Hämtad 2020-04-22 från <https://www.swenurse.se/karnkompetenser/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Säker vård - en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner. Hämtad 2020-04-15 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-var_d_2016.pdf?fbclid=IwAR1DIUYUO3nd-8Z0YnEbl8bBOQssKwzA8LaTqeyzwsuY3PtiZOaN5MxT4os

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* [Broschyr]. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska->

Svenska rådet för Hjärt-lungräddning. (2016a). *S-HLR vuxen: S-HLR vuxen för sjukvårdspersonal kursbok med webbutbildning* [Broschyr]. Laerdal: Illustrationer och design.

Svenska rådet för Hjärt-lungräddning. (2016b). *A-HLR Vuxen: Avancerad hjärt-lungräddning till vuxen kursbok med webbutbildning* [Broschyr]. Laerdal: Illustrationer och design.

Svensk MeSH. (u.å). Hitta medicinska sökord. Hämtad 2020-05-08 från <https://mesh.kib.ki.se/>

Toronto, C. E., & LaRocco, S. A. (2019). Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *Journal of clinical nursing*, 28(1–2):32–46. doi: 10.1111/jocn.14649.

*Twibell, R., Siela, D., Riwitis, C., Neal, A., & Waters, N. (2018). A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation. *Journal of clinical nursing*, 27(1–2), e320-e334. doi: 10.1111/jocn.13948.

Uppleva. (2011). I/In Svenska Akademiens Ordbok. Hämtad 2020-04-21 från https://www.saob.se/artikel/?seek=upplevelse&pz=2#U_U517_37750

Vårdguiden. (2018). *Att vara närstående i vården*. Hämtad 2020-04-08 från <https://www.1177.se/Blekinge/sa-fungerar-varden/anhorig---narstaende/att-vara-narstaende-i-varen/>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad, en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Ödegård, S. (2017). Patientsäkerhet. Leksell, J & Lepp, M. (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 253–292). Stockholm: Liber.

10.0. Bilagor

1. Databassökningar

Databas: PubMed

Datum: 2020-04-28

Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av hur patientsäkerheten påverkas då patientens närstående närvarar vid pågående hjärt-lungräddning inom slutenvård.

Sökning nr	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa fulltexter	Antal granskade	Valda för analys
1	Nursing OR Nursing [MeSH] OR Nurse OR Nurse [MeSH] OR Nurses OR Nurses [MeSH]	896329	0	0	0	0	0
2	Family OR Family [MeSH] OR Next of kin OR Next of kin [MeSH] OR Relatives OR Relatives [MeSH] OR Spouse OR Spouse [MeSH]	1292698	0	0	0	0	0
3	Cardiac arrest OR Cardiac arrest [MeSH] OR CPR OR CPR [MeSH] OR Cardiopulmonary resuscitation OR Cardiopulmonary resuscitation [MeSH] OR Resuscitation OR Resuscitation [MeSH]	179442	0	0	0	0	0

4	Nurse experience OR Nurse experience [MeSH] OR Nurse attitudes OR Nurse attitudes [MeSH]	87665	0	0	0	0	0
5	1 AND 2 AND 3 AND 4	365	146	59	21		
	Begränsningar: Högst 10 år, engelska, fulltext, humans						

Databas: CINAHL

Datum: 2020-04-29

Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av hur patientsäkerheten påverkas då patientens närstående närvarar vid pågående hjärt-lungräddning inom slutenvård.

Sökning nr	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa fulltexter	Antal granskade	Valda för analys
1	Nursing OR MH Nursing OR Nurse OR MH Nurse OR Nurses OR MH Nurses	300136	0	0		0	0
2	Family OR Family MH OR Next of kin OR Next of kin MH OR Relatives OR Relatives MH OR Spouse OR Spouse MH	174643	0	0		0	0

3	Cardiac arrest OR Cardiac arrest MH OR CPR OR CPR MH OR Cardiopulmonary resuscitation OR Cardiopulmonary resuscitation MH	10098	0	0		0	0
4	Nurse experience OR Nurse experience MH OR Nurse attitudes OR Nurse attitudes MH	35904	0	0		0	0
5	1 AND 2 AND 3 AND 4	32	32	20	8	8	1
	Begränsningar: Högst tio år, Peer Reviewed, English						

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

Författare: _____

År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre q

Måttliga q

Stora brister, studien ingår inte i syntesen q

Kommentarer:

Vilken teori eller filosofisk hållning
utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med
teori/filosofisk hållning?

J
a
q

N
ej
q

Okla
rt
q

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

**Stödfrågor för bedömning av brister
i urvalsförfarandet:**

Är urvalet lämpligt för att besvara
frågan?

J
a
q

N
ej
q

Okla
rt
q

Är rekryteringsmetoden lämpligt vald
och genomförd?

q

q

q

Finns det allvarliga brister som kan
påverka tillförlitligheten?

q

q

q

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för
datainsamling?

Finns det allvarliga brister i datainsamlin gen som kan påverka tillförlitlighe ten?	J a	N ej	Okla rt
	q	q	q

Kommentarer:

2

sbu – statens beredning för medicinsk och social utvärdering

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	Ja	Nej	Oklart
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?			
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	q	q	q
Validerades tolkningarna?	q	q	q
	q		

Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?		q	q
	q		

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:

Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?

Ja

Nej

Oklart

q

q

q

Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt? Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?

q

q

q

q

q

q

Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?

q

q

q

Kommentarer:

Bedömningarna görs enbart för studier som ska ingå i syntesen.

6. Relevans

Studien är relevant	q
Studien har partiell relevans	q
Studien har indirekt relevans	q
Relevansen går inte att bedöma	q

Kommentarer:

7. Koherens

Stödfrågor:	Ja	Nej	Oklart
Användes huvuddelen av data i analysen?	q	q	q
Hanterades motstridiga data på ett lämpligt sätt?	q	q	q
Underbyggde insamlade data resultatet?			
Sammantaget, finns det allvarliga svagheter som kan leda till bristande koherens i det sammanvägda vetenskapliga underlaget?	q	q	q

Kommentarer:

8. Tillräckliga data

Stödfrågor:

Var antalet studiedeltagare tillräckligt stort? (t.ex. om mättnad uppnåtts) Har formen för datainsamling varit sådan att den medger möjlighet till rika data?

Ja**Nej****Oklart**

Kommentarer:

4

sbu – statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Bilaga 3. Artikelöversikt

Författare	Syfte	Urval	Genomförande	Resultat	Kvalitet
-------------------	--------------	--------------	---------------------	-----------------	-----------------

Titel Land År		Datainsamlings metod	Analys		
<p>R, Twibell., D, Siela., C, Riwtis., A, Neal., & N, Waters.</p> <p>A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation.</p> <p>USA, 2018.</p>	<p>Att undersöka likheter och skillnader i faktorer som påverkar sjuksköterskor och läkare relaterat till närvarande familj under återupplivning.</p>	<p>193 st läkare och 325 st sjuksköterskor.</p> <p>Insamling av data genom frågor via mail.</p>	<p>Fem medlemmar i teamet har individuellt analyserat och skapat teman och följt Bruan och Clark's (2006) metod.</p>	<p>Det finns två resultat ett för läkare och ett för sjuksköterskor.</p> <p>Resultat-SSK.</p> <p>Fem teman.</p> <p>-Trauma to the family</p> <p>-Family benefits</p> <p>-Family may disrupt</p> <p>-Making family presence decisions is hard</p>	<p>Tillförlitlighet resultatet svarar på syftet och därför stärks men också att det är ett stort antal deltagare och därför representerar en större grupp.</p> <p>Verifierbarheten stärks då resultatet är hållbart.</p> <p>Pålitligheten styrks då flera var med i analysprocessen och de gjorde det oberoende av varandra.</p> <p>Överförbarheten det resultat som är framtaget är grundat i bra beskrivningar av deltagarna och dess kontext.</p>

<p>Z, Lederman., & O, Wacht.</p> <p>Family presence during resuscitation: Attitudes of Yale-New Haven hospital staff.</p> <p>Israel, 2014.</p>	<p>Att bedöma sjukvårdspersonalens attityder angående närvaron av familjen vid återupplivandet på Yale's akutmottagning.</p>	<p>100 deltagare varav 60 sjuksköterskor, en läkarassistent, en socialarbetare och en pastor.</p> <p>En pilotstudie genomfördes.</p> <p>Frågeformulär som var anonymt och med öppna frågor och efter godkännande skickades ut via mail.</p>	<p>Forskarna placerar sin studie i naturalismen och positivismen för att kunna ta fram teman i det ursprunget.</p> <p>Analysen gick i tre steg. 1. Lästes för att för en helhetsförståelse av materialet. 2. Den kvalitativa datan kodades med både induktiv och deduktiv ansats. 3. En slutgiltig kodning och gjord av två forskare.</p>	<p>Resultatet visade på att de flesta av personalen är för att närstående är närvarande vid återupplivandet.</p>	<p>Tillförlitligheten flera olika yrkesgrupper finns representerade i urvalet och resultatet är granskat av båda forskarna.</p> <p>Verifierbarheten citat från den insamlade datan är representerad väl.</p> <p>Pålitligheten styrks då pilotstudie gjorts och blivit godkänd.</p> <p>Överförbarheten Kontext och deltagare är beskrivna i detalj och styrker därför överförbarheten.</p>
--	--	---	---	--	---

<p>T, Giles., S, de Lacey., & E Muir-Cochrane.</p> <p>How do clinicians practice the principles of beneficence when deciding to allow or deny family presence during resuscitation.</p> <p>Australien, 2018.</p>	<p>Att undersöka hur kliniker praktiserar principerna om fördelarna när de beslutar att tillåta eller förneka familjens närvaro under återupplivning.</p>	<p>25 deltagare mellan 26 och 61 år gamla varav 15 registrerade sjuksköterskor, två läkare, tre ambulanssjukvårdare, fyra familjemedlemmar och en patient som varit med och återupplivande.</p> <p>Datinsamling via intervjuer från tidigare forskning som nu analyseras på nytt.</p>	<p>All intervjudata analyserades på nytt med hjälp av ursprungsförfattarna.</p>	<p>Resultatet presenteras i tre teman, Doing what's best, minimizing and removing possible harm to patients and family and maximizing possible benefits for patients and family.</p>	<p>Tillförlitligheten stärks då författarna har tillsammans med huvudförfattarna analyserat all transkribering på nytt-</p> <p>Verifierbarheten datamaterialet är väldigt tydligt representerat i resultatet.</p> <p>Pålitligheten styrks då det tydligt står när datinsamlingen samlats in.</p> <p>Överförbarheten är absolut rimlig och kan resultatet kan användas i andra sammanhang.</p>
--	---	---	---	--	---

<p>M-S, Barreto., C, Garcia-Vivar., M, Mitchell., & S-S Macron.</p> <p>Family presence during resuscitation in emergency departments : professional s attitudes in Brazil.</p> <p>Brasilien, 2018.</p>	<p>Att undersöka uppfattningar och attityder av sjuksköterskor och läkare angående närvaron av familj vid återupplivandet på akutmottagnin gar i Brasilien.</p>	<p>24 sjuksköterskor och 16 läkare från två akutmottagningar i Maringá.</p> <p>Djupgående intervjuer spelades in på portugisiska 2015 och de utfördes på ca 35 minuter och under arbetstid i enskilda rum.</p>	<p>Intervjuerna transkriberades och översattes till engelska. Analysmetod som användes va Burnard's thematic content analysis (1991).</p>	<p>Resultatet redovisas i en huvudkategorori 'Changes are needed' som sen delas upp i tre kategorier Controversial attitude of nurses and physicians towards FPDR, Preparing the environment and professional s, preparing and supporting families. Senare delas dessa in i underkategorier.</p>	<p>Tillförlitlighet hетен intervjuerna är genomförda av författare som är vana vid kvalitativa intervjustudier.</p> <p>Verifierbarheten analys har genomförts med hjälp av erkänd analysmetod .</p> <p>Pålitlighet n metod kring intervjuerna finns väl beskrivet.</p> <p>Överförbarheten en relativt stor grupp deltagare och på flera sjukhus har medverkat.</p>
<p>N, Sak-Dankosky., P, Andruszkiewics., P R, Sherwood., & T, Kvist.</p> <p>Health care professional s concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation into clinical practice.</p>	<p>Att beskriva health care professional s uppfattningar och perspektiv angående familjebevittnade återupplivande i Finland och Polen, vilka har blivit identifierade som länder där bevittnade återupplivningar inte är implementerat.</p>	<p>390 sjuksköterskor och läkare från sex universitetssjukhus (tre i Finland och tre i Polen).</p> <p>Registrerade SSK och arbeta på en akutmottagning.</p> <p>Kvalitativt frågeformulär med möjlighet för utvecklande svar.</p>	<p>Vid analysen användes en induktiv och tematisk metod.</p>	<p>Presenteras i fyra teman; Family's horror, Disturbed workflow, No support of the family, Situations-based decision.</p>	<p>Tillförlitlighet hетен tabeller finns tillgängliga över deltagare.</p> <p>Verifierbarheten all dokumentation under processen har följt riktlinjer.</p> <p>Pålitlighet n det finns väl genomtänkta aspekter i uppbyggnaden av intervjun.</p> <p>Överförbarheten ett</p>

Finland & Polen, 2015.					stort antal deltagare genererar i en hög överförbarhet.
<p>H, Hassankhani, V, Zamanzadeh, A, Rahmani, H, Haririan., & J, E. Porter.</p> <p>Family presence during resuscitation: A double-edged sword.</p> <p>Iran, 2016.</p>	Att belysa betydelsen av medlemmarnas upplevda erfarenheter av återupplivandet med patientens familj närvarande i en kulturell kontext i Iran.	<p>Deltagare från tre privatsjukhus och tre allmänna sjukhus. Läkare och sjuksköterskor.</p> <p>Intervjustudie i ursprungsspråk turkiska som senare översattes till engelska.</p>	Hermeneutisk fenomenologisk metod användes vid analysen; van Manen.	Resultatet kom till slut ner till två huvudteman; Destructive presence och Supportive presence.	<p>Tillförlitligheten intervjuerna finns inspelade och transkriberade och är analyserade av flera av författarna.</p> <p>Verifierbarheten Resultatet har granskats av flera författare</p> <p>Pålitligheten ökar då det tydligt är beskrivet när intervjuerna genomfördes.</p> <p>Överförbarheten deltagare är noggrant beskrivna och det är lätt att överföra på kommande studier.</p>

<p>H, Hassankhani, V Zamanzade, A, Rahmani, H, Haririan., & J, E Porter.</p> <p>Family support liaison in the witnessed resuscitation: A phenomenology study.</p> <p>Iran, 2017.</p>		<p>Deltagare från sex sjukhus i Iran där akutmottagningar och intensivvårdsavdelningar inkluderades. 12 sjuksköterskor och 8 läkare deltog i studien.</p> <p>Intervjustudie med öppna frågor.</p>	<p>Här användes van Manen's för att ge struktur på analysen och fånga fenomen.</p>	<p>Resultatet presenterades i tre huvudteman; Futile resuscitation, Family support liaison och Influence on team's performance.</p>	<p>Tillförlitlighet</p> <p>Analysering och översättning har genomgått av flera författare.</p> <p>Verifierbarheten</p> <p>materialet finns väl representerat i resultatet.</p> <p>Pålitligheten</p> <p>intervjuerna följde samma struktur under hela studien.</p> <p>Överförbarheten</p> <p>det finns noggrann beskrivning av deltagare och studieplats.</p>
--	--	---	--	---	--