

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2010:4

**Att närvara eller inte närvara**  
– närståendes erfarenheter av närvaro på sjukhus vid akut omhändertagande

Författare Eva Ankarling  
Författare Marja-Leena Heimonen



**HÖGSKOLAN I BORÅS**  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Att närvara eller inte närvara  
- närståendes erfarenheter av närvaro på sjukhus vid akut omhändertagande

Författare: Eva Ankarling, Marja-Leena Heimonen

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Fristående kurs

Handledare: Sepideh Olausson

Examinator: Margret Lepp

## Sammanfattning

Frågan om närståendes närvaro i akutrummet har varit aktuell sedan 80-talet. Denna fråga aktualiserades i samband med ett par händelser på Foote Hospital i Michigan, USA. Trots att det snart gått tre decennier är forskningen näst intill obefintlig inom området. Ibland har livräddande åtgärder påbörjats utanför sjukhuset och det kan ha varit den närstående som påbörjat återupplivningen. Trots detta blir närstående oftast hänvisade till ett angränsande rum när patienten anländer till sjukhuset. Det finns internationella riktlinjer för Family Presence During Resuscitation (FPDR) men dessa används inte generellt på sjukhuset. Detta innebär osäkerhet hos vårdpersonalen när dessa situationer uppkommer. Bland personalen råder det delade meningar om det är till fördel eller nackdel för närstående att vara närvarande på akutrummet. Av denna anledning ville vi belysa de närståendes perspektiv i samband med akut omhändertagande. Vad är mest fördelaktigt för dem för att de ska kunna bearbeta situationen och gå vidare i livet. Vårt syfte var att beskriva befintlig forskning över närståendes erfarenheter av närvaro på sjukhus vid akut omhändertagande. Som metod använde vi oss av en litteraturstudie. I resultatet framkom att de närstående som fått möjligheten att närvara på akutrummet vid akut omhändertagande med stöd av personal var nöjda med beslutet att ha närvarit. De ansåg också att det var deras rättighet och skyldighet gentemot patienten. Den befarade oron att närstående skulle störa och kritiskt granska personalen i sitt arbete visade sig vara obefogad. Närstående upplevde istället att personalen hade gjort allt som stod i deras makt för att rädda patientens liv. De få närstående som närvarit utan stöd hade däremot en annan upplevelse av händelsen och ångrade att de hade närvarit.

Keywords: Resuscitation, family, presence, invasive procedures, trauma

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Akut omhändertagande .....	1
Riktlinjer för Family Presence During Resuscitation (FPDR) .....	2
Tidigare forskning .....	3
Vårdvetenskaplig förankring .....	4
Sjuksköterskans ansvarsområde .....	5
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>5</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>6</b>
<b>METOD</b> .....	<b>6</b>
Litteratursökning .....	6
Analysmetod .....	6
<b>RESULTAT</b> .....	<b>7</b>
<b>Att närvara eller inte närvara på akutrummet</b> .....	<b>7</b>
Att erbjudas närvaro .....	7
Att ej erbjudas närvaro .....	8
Valet att avstå .....	9
<b>Upplevelser av närvaro på akutrummet</b> .....	<b>9</b>
Att uppleva samhörighet med patienten och delaktighet i vården .....	9
Rädsla att störa personalen .....	10
Att inte uppleva samhörighet .....	11
<b>Betydelsen av närvaro på akutrummet för efterarbetet</b> .....	<b>11</b>
Såg att allt var gjort .....	11
Att få ta farväl .....	11
Kvarstående negativa minnen .....	12
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>12</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>12</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>13</b>
Implikationer .....	16
Förslag till fortsatt forskning .....	16
<b>REFERENSER</b> .....	<b>17</b>

## **INLEDNING**

Vi arbetar sedan flera år tillbaka inom akutsjukvården, och kommer många gånger i kontakt med akuta omhändertaganden av patienter. I dessa situationer kan vi ställas inför ett dilemma, nämligen om närstående ska närvara eller inte på akutrummet, vid det akuta omhändertagandet. Anledningen till att vi vill belysa denna fråga är att personal inom sjukvården ska få mer kunskap och utifrån detta kunna agera professionellt i dessa situationer. Vi har valt att i vårt arbete använda begreppet närstående eftersom det ger en vidare association till vårdtagarens närmaste sociala nätverk. En närstående kan förutom personer med släktskap till exempel vara en vän, en granne eller en person från en utvidgad familj (Östlinder, 2002).

## **BAKGRUND**

År 1982 inträffade två separata händelser vid Foote Hospital i Michigan som ledde till upprättande av riktlinjer för närståendes närvaro vid akut omhändertagande. Dessa händelser beskrivs av Axelsson, Zettergren och Axelsson (2005). Det ena fallet var en närstående som hade åkt med i ambulansen, där ambulanspersonalen hade påbörjat återupplivning, och som sedan vägrade lämna patienten. Det andra fallet var hustrun, till en polisman som blivit skjuten, som ville vara nära sin man och fick tillåtelse att närvara på akutrummet tillsammans med en präst. Vid utvärdering av dessa och liknande händelser har det visat sig att det upplevts positivt både av personal och närstående som fått närvara på akutrummet. Det utarbetades riktlinjer för att kunna erbjuda andra närstående denna möjlighet. Dessa riktlinjer innebar att när personalen fick besked om att ambulansen var på väg in med en patient med hjärtstopp, utsågs en personal som skulle ta emot närstående. De närstående fick information om vad som hände med patienten och blev tillfrågade om de vill vara närvarande på akutrummet. De som valde att närvara fick information av en präst eller specialutbildad sjuksköterska om vad de kunde förväntas få uppleva inne på akutrummet. De uppmanades att se, röra vid och prata med patienten (Axelsson et al., 2005).

### **Akut omhändertagande**

Enligt Nationalencyklopedin (2010) är Socialstyrelsens definition av akutvård: "akut omhändertagande av akut sjuk/skadad patient från insjuknande till definitiv behandling/vård". Denna definition innebär enligt Nationalencyklopedin "att det akuta omhändertagandet omfattar vårdkedjan från första hjälp på skade- eller insjuknandeplats över larm, ambulansvård eller annan transport, akutmottagning, diagnostik till definitiv behandling. Det akuta omhändertagandet förutsätter tillgång till kompetens och resurser för diagnostik och terapi inom flera verksamhetsområden..." (Nationalencyklopedin, 2010). I praktiken innebär detta att både hjärt-lungräddning (HLR) och invasiva ingrepp kan bli aktuella under det akuta omhändertagandet. Med invasiva ingrepp inkluderas, enligt Meyer et al. (2002), alla ingrepp som innebär manipulering av kroppen eller penetration av kroppens naturliga hinder för den yttre miljön.

## Riktlinjer för Family Presence During Resuscitation (FPDR)

1993 antogs riktlinjer av Emergency Nursing Association (ENA) som stöder och förespråkar utveckling, utbildningsmetoder och program som främjar Family Presence (FP). Under åren har det skett en utveckling inom området och riktlinjerna har förändrats. Enligt Fulbrook et al. (2007) har nedanstående riktlinjer från 2007 gemensamt formulerats och godkänts av European federation of Critical Care Nursing associations (EfCCNa), European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC), European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP).

Riktlinjerna uppmanar att:

- Alla patienter ska ges rätten att få ha närstående närvarande vid återupplivning. Detta innebär att beslutet om närståendes närvaro skall ske utifrån patientens perspektiv, om patienten som återupplivas har uttryckt en tidigare önskan bör detta respekteras.
- Patientens närstående bör erbjudas möjlighet att närvara vid återupplivningen. Detta innebär att när patienten som återupplivas inte tidigare har uttryckt sina önskemål skriftligt tas beslutet om närvaro tillsammans med närstående och återupplivningsteamet. Närstående informeras om att det kan uppstå situationer där de tillfälligt måste lämna rummet. Patientens och de närståendes kulturella bakgrund bör beaktas som till exempel religiösa värderingar och ritualer.
- Stöd bör ges av en lämpligt utbildad vårdpersonal, vars huvudansvar är att ta hand om närstående som bevittnar återupplivningen. Detta innebär att när det inte finns utbildad stödpersonal tillgänglig utesluter inte detta närståendes närvaro. Istället bör någon av den övriga personalen utses som huvudansvarig för att stötta närstående. Den roll som den utsedda vårdpersonalen har är att:
  - Informera närstående om vad de kommer att få bevittna i återupplivningsrummet.
  - Fortlöpande förklara vad som sker på rummet.
  - Hjälpa de närstående att ge sig tillkänna för patienten.
  - Svara sanningsenligt och realistiskt på frågor.
  - Se till att säkerheten upprätthålls.
  - Kontinuerligt utvärdera de närståendes psykiska och fysiska tillstånd.
  - Ledsaga närstående om de tillfälligt vill lämna rummet.
  - Ge de närstående möjlighet att få reflektera över återupplivningen efteråt.
- Närstående som har bevittnat återupplivningen bör erbjudas professionell bearbetning efter händelsen.
- Återupplivningsteam som haft närstående närvarande bör erbjudas debriefing.

- Närstående närvaro vid återupplivning bör ingå i utbildningsprogrammet för hjärt-lungräddning.
- Alla intensiv- och akutmårdsavdelningar bör ha skriftliga riktlinjer för närståendes närvarande vid HLR (hjärt-lungräddning).

Enligt Fulbrook et al. (2007) stödjer de flesta europeiska akutsjuksköterskeförbunden riktlinjer för närståendes närvaro vid återupplivning, trots det är det bara ett fåtal akut- och intensivvårdsavdelningar som har upprättat lokala riktlinjer för FP. I en studie av MacLean et al. (2003) undersöktes hur ofta Family Presence During Resuscitation (FPDR) tillämpades i praktiken. I denna studie ingick 984 sjuksköterskor som representerade hela USA. Av de avdelningar som representerades i studien var det endast 5 % som använde sig av riktlinjer för FP, och de flesta sjuksköterskor kände inte till att dessa fanns. 36% av sköterskorna uppgav att de hade tagit med en närstående till akutrummet under senaste året vid HLR och 44 % när det gällde invasiva ingrepp. På frågan om hur ofta familjemedlemmar hade haft önskemål om att få närvara på akutrummet var det 31% av de närstående som haft dessa önskemål när det gällde HLR och 61% vid invasiva ingrepp.

### **Tidigare forskning**

Det finns en del forskning som berör frågan om FPDR men denna fråga är framför allt belyst ur ett sjuksköterskeperspektiv, om hur dessa ser på närståendes närvaro. Den forskning som riktar sig till närstående handlar till övervägande del om närstående till små barn. Det råder brist på internationellt forskning som berör närståendes upplevelser av närvaro vid akut omhändertagande av vuxna patienter.

Meyer et al. (1998) genomförde en studie med 25 närstående som inte varit med på akutrummet och där patienterna inte hade överlevt. På frågan om dessa hade velat närvara på akutrummet svarade 80 % ”ja”. Knott och Kees (2005) belyste i sin studie att sjuksköterskorna hade olika åsikter om närståendes närvaro under akut omhändertagande. En del sjuksköterskor påtalade att återupplivningsförsök är förenade med starka känslor och de var rädda att närstående inte skulle klara av det mentalt och därmed förhindra personalens arbete. Andra sjuksköterskor ansåg att de flesta närstående håller sig på avstånd och snarare är rädda att störa personalen i sitt arbete, eftersom de vill att personalen skall koncentrera sig helt på patienten. I Meyers et al. (1998) studie bekräftas detta av en del närstående som säger att de inte var oroliga för vad de skulle komma att bevittna utan att de var oroliga över att de skulle kunna störa personalen i sitt arbete med patienten.

Vidare framkom i Knott och Kees (2005) studie att sjuksköterskor ansåg att lokalens storlek hade betydelse, ibland finns det inte utrymme för närstående. De flesta ansåg ändå att FPDR var viktig för närstående och om det fanns utrymme och deras uppträdande inte inskränkte på patientens säkerhet skulle närvaro tillåtas. Liknade resultat framkom i Meyers studie där 96 % av de närstående ansåg att närstående skulle tillåtas vara hos sina kära före de dog. Flera sjuksköterskor i Knott och Kees (2005) studie ansåg att om närstående hade beslutat sig för att vara närvarande var de i behov av professionellt stöd under händelseförloppet. Det kan vara av vikt för närstående att se

hur allvarligt patientens tillstånd är för att förstå att det inte finns något mer att göra. Eftersom återupplivningen var de närståendes sista minne av patienten kunde närvaron leda till negativa psykologiska effekter trodde någon sjuksköterska. Andra sjuksköterskor ansåg att närvara kunde vara en positiv erfarenhet eftersom närståendes sista minne skulle bestå av att personalen var snabbt på plats och att de hade gjort allt de kunde. Det fanns även några sjuksköterskor som uppgav att närstående hade uttryckt att deras närvaro skulle hjälpa dem i sorgearbetet eftersom de hade sett att allt som kunde göras också hade gjorts för patienten. Detta överensstämmer delvis med Meyers et al. (1998) studie där det var 64% av de närstående som trodde att närvaron hade hjälpt dem i sorgearbetet.

### **Vårdvetenskaplig förankring**

Enligt Dahlberg (2003) lägger vårdvetenskapen fokus på patientens eget perspektiv på sin hälsa och ohälsa. Detta inbegriper även de närståendes perspektiv, och i vissa vårdsituationer när patienten själv inte kan föra sin talan, bör ett etiskt familjeperspektiv tillämpas. Ett etiskt vårdvetenskapligt patientperspektiv kännetecknas av integritet och värdighet där vårdaren utgår från att patienten är den främsta experten på sig själv (Dahlberg, 2003). Patienterna som beskrivs i vårt arbete är okontaktbara och inte i stånd att föra sin egen talan och därmed får de närstående träda in som deras ställföreträdare. Det är de närstående som kan ge oss vårdare information om patienten som kan vara värdefull för vården. Det etiska patientperspektivet betonar också integritet och värdighet. Med livsvärlden som ansats i vårdandet krävs ett förhållningssätt där patientens och närståendes levda och komplexa verklighet bejakas (Dahlberg, 2003). Detta innebär att närstående kan ge viktig information till vårdpersonalen om patientens verklighet som kan vara av betydelse. Det kan röra sig om religiösa eller andra livsvärderingar som har betydelse för vårdandet. Ett livsvärldsperspektiv med grund i fenomenologi ger ett bra verktyg eftersom det har ett rikt erfarenhetsbegrepp och innefattar allt det som en människa kan erfara och känna i sitt dagliga liv. Livsvärlden är den levda världen, och genom livsvärldsteorin betonas människors upplevelser och erfarenheter, det är genom livsvärlden vi älskar, hatar, arbetar, leker tycker och tänker (Dahlberg, 2003). Som vårdare bär vi med oss någon form av förförståelse och går därmed inte helt förutsättningslöst in i ett möte. Det finns därför en fara i att vi går in i möten för att bekräfta det som vi i själva verket redan tror att vi vet och det kan hindra patientens respektive närståendes perspektiv från att framträda (Dahlberg, 2003).

I likhet med Dahlberg anser Travelbee (1971) att lidande och smärta inte går att undvika i det mänskliga livet. Lidandet av en förlust är beroende på hur individen upplever förlusten. Förlusten måste vara något människor bryr sig om för att det skall uppstå ett lidande. Målet med omvårdnad är att patienten eller närstående får stöd i att bemästra, leva och finna mening i de erfarenheter och förluster som kan bli följden av lidande och sjukdom. Travelbees omvårdnadsteori bygger på den ömsesidiga äkta mellanmänskliga relationen som ”bara kan existera mellan konkreta personer, inte mellan generella och abstrakta roller” (Travelbee, 1971, s. 33). Genom att ge patienten professionell omvårdnad hjälper sjuksköterskan även indirekt de närstående. Även direkt kan hon hjälpa de närstående genom att möta deras behov. Med professionell omvårdnad menar Travelbee att sjuksköterskan systematiskt ska tillämpa den kunskap och insikt som krävs för att identifiera och tillgodose den sjukes behov. Efter att ha observerat och

utforskat om en person har behov av omvårdnad, får hon detta bekräftat genom samtal med patienten. Därefter avgör sjuksköterskan om hon har förmåga att tillgodose dessa behov, och om inte, hänvisa personen till annan vårdgivare (Travelbee, 1971). I mötet med patient och närstående använder sjuksköterskan sin personlighet för att bygga upp en relation i syfte att hjälpa dem hon möter. Sjuksköterskans förståelse och empati bygger på hennes livserfarenhet från möten med människor. Empati är enligt Travelbee "en upplevelse som äger rum mellan två eller fler individer. Konkret består det i en förmåga att gå in i eller dela och förstå en annan individs psykologiska tillstånd i ett visst ögonblick" (1971, s. 135-136).

### **Sjuksköterskans ansvarsområde**

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) beskrivs det under kompetensområdet forskning och utveckling att sjuksköterskan skall "kritiskt reflektera över befintliga rutiner och metoder samt inspirera till dialog om införande av ny kunskap", söka, analysera och kritiskt granska relevant litteraturinformation, implementera ny kunskap och därmed verka för en omvårdnad i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Under kompetensområdes bemötande, information och undervisning står det beskrivet att sjuksköterskan skall ha förmåga att, kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. I dialog med patient eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling. Vidare informera och undervisa patient eller närstående och förvissa sig om att patient eller närstående förstår given information (Socialstyrelsen, 2005).

## **PROBLEMFORMULERING**

I samband med akut omhändertagande förekommer det att närstående vill stanna kvar hos patienten. Då det saknas klara riktlinjer om hur vårdpersonalen ska agera när dessa situationer uppstår kan det leda till osäkerhet hos vårdpersonalen. Närståendes rätt att närvara vid akuta omhändertaganden är fortfarande ett ganska utforskat område. Därför behöver närståendes perspektiv belysas för att vårdpersonal ska få mer kunskap och utifrån det kunna agera professionellt när dessa situationer uppkommer.

För att förbättra vården i samband med akut omhändertagande samt att förebygga uppkomsten av ovanstående situationer krävs det kunskap om närståendes erfarenheter och uppfattningar. Det finns begränsad forskning som belyser närståendes perspektiv av närvaro vid det akuta omhändertagandet och det saknas även lokala riktlinjer utarbetade för vårdpersonalen.

Vad är mest fördelaktigt ur den närståendes perspektiv i den aktuella situationen samt för att bearbeta händelsen och gå vidare i livet? Med ovanstående frågeställningar som grund vill vi undersöka vad närstående som har varit närvarande på sjukhuset under akut omhändertagande har för erfarenheter av dessa upplevelser.



## **SYFTE**

Syftet är att beskriva närståendes erfarenheter av närvaro på sjukhus vid akut omhändertagande.

## **METOD**

Vi har valt att göra en litteraturstudie för att belysa närståendes erfarenhet av FPDR. Enligt Axelsson (2008) kan det vara en fördel att litteraturstudien omfattar både kvalitativ och kvantitativ forskning, för att kunna studera ett problem ur olika perspektiv. Detta för att få en möjlighet till en bättre förståelse av verkligheten.

### **Litteratursökning**

Med syftet i åtanke har artiklar sökts och följande MeSH termer har använts; ”resuscitation”, ”invasive procedures”, ”family”, ”presence”, ”attitudes” och ”family presence”. Vi har även sökt på delar av rubriker som ”family presence during resuscitation”. Sökningen har skett i databaserna CINAHL, Scopus, och Pubmed som innefattar omvårdnadsforskning, dessutom har kompletterande sökningar gjorts på Samsök. Slutligen gjordes sekundärsökning på referenser funna i andra artiklar. Oavsett på vilket sätt sökningarna har skett, har samma artiklar erhållits (se bilaga 1).

Relaterat till den begränsade forskning som finns inom området fick vi gå tillbaka till 1987 för att få tillräckligt stort underlag för studien. Inklusionskriterierna var kvalitativa, kvantitativa artiklar på engelska, ”peer reviewed” och att de skulle belysa närståendeperspektiv till vuxna patienter på sjukhus vid akut omhändertagande. Artiklar som handlar om närstående till barn har exkluderats.

### **Analysmetod**

När artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna valdes ut, användes Friberg (2006) metod för att kvalitetsgranska kvalitativa och kvantitativa artiklar. Efter denna granskning gick vi vidare genom att läsa igenom alla artiklarna ett par gånger var för sig för att fånga helheten i dessa. I nästa steg fokuserades det på artiklarnas resultat och dessa lästes ytterligare ett antal gånger. Efter detta steg plockades meningsbärande enheter ur resultaten i relation till syftet. Vi har sökt efter skillnader och likheter i resultat innehåll. Sammanställningen av de meningsbärande enheterna gjordes på originalspråk och översattes sedan till svenska för att det skulle vara lättare att hitta teman som var övergripande för de artiklar vi läst. Här utkristalliserade sig nio subteman som är representativa för artiklarna, och som belyser vårt syfte, därefter kategoriserades dessa under tre huvudteman.

# RESULTAT

Resultatet av analysen av data gav tre huvudteman och nio subteman (tabell 1).

Huvudtema	Subtema
Att närvara eller inte närvara på akutrummet	Att erbjudas närvaro Att ej erbjudas närvaro Valet att avstå
Upplevelser av närvaro på akutrummet	Upplevelse av samhörighet med patienten och delaktighet i vården Rädsla att störa personalen Att inte uppleva samhörighet
Betydelsen av närvaro på akutrummet för efterarbetet	Såg att allt gjordes Fick möjlighet att ta farväl Kvarstående negativa minnesbilder

Tabell 1. Närståendes erfarenheter av närvaro på sjukhus vid akut omhändertagande

## Att närvara eller inte närvara på akutrummet

### Att erbjudas närvaro

Att ha erbjudits möjligheten att närvara i akutrummet under återupplivningen uppfattades som positivt, vilket har framkommit i många av studierna. I Doyle et al. (1987) kvantitativ-kvalitativ enkätstudie som utvärderade gällande riktlinjer för FPDR tillfrågades närstående om de hade blivit erbjudna att närvara i akutrummet under återupplivningen. På denna fråga svarade 26 av 47 att de hade blivit erbjudna närvaro. Några sa att de själva tagit initiativet till att närvara och övriga mindes inte hur det gått till. De var nöjda med sitt deltagande och uppgav att de skulle rekommendera andra att göra detsamma. Även Meyer et al. (2000) kvantitativa-kvalitativa studie kom fram till liknande resultat. I samband med denna studie användes ENA:s riktlinjer (närstående, n=39). Det som skattades högt av närstående i båda undersökningarna var att de hade haft professionellt stöd och att närstående hade uppmanats att se, röra och prata med patienten. Deltagarna ansåg också att det var deras rättighet och skyldighet gentemot patienten att vara närvarande under det akuta omhändertagandet. En del av de närstående hade även varit involverade i återupplivningsförsöken innan ankomsten till sjukhuset.

Två interventionsstudier genomförda av Holzhausen, Finucane och De Vries, (2005) och Robinson, Mackenzie-Ross, Hewson, Egleson och Prevost (1998) visade att de närstående som hade närvarit i samband med akut omhändertagande hade positiva

upplevelser. I Holzhausers et al. studie var det 58 i studiegruppen och 30 i kontrollgruppen som fullföljde studien och i Robinsons et al. studie var det 8 i studiegruppen och 10 i kontrollgruppen som fullföljde studien. De som hade närvarit hade inte upplevt sig tvingade att närvara och de var nöjda efteråt över sina beslut av att ha deltagit. De närstående i studiegrupperna hade haft tillgång till professionella stödpersoner som informerade om vad som pågick på akutrummet medan den andra gruppen som blivit placerade i ett angränsande rum erhöll kontinuerlig information. Robinson et al. (1998) studie fick avbrytas i förtid eftersom personalen hade blivit övertygade om fördelarna med närståendes närvaro och ansåg det oetiskt att inte tillåta alla närstående att närvara.

Samtliga 14 närstående som deltagit i McClement och Fallis (2008) kvalitativa studie hade blivit erbjudna att närvara på akutrummet på akutmottagningen eller IVA tillsammans med professionellt stöd och de var nöjda med sitt val att närvara. Även de fem närstående i van der Wonings (1999) kvalitativa fenomenologiska studie hade varit närvarande i akutrummet under återupplivningen, men de hade själva tagit beslutet att närvara och hade inte haft något professionellt stöd. Av dessa var det endast närstående till de två patienter som överlevde som var nöjda efteråt med sitt deltagande.

I två av studierna som ingår i vårt arbete hade de närstående själva tagit initiativet att närvara på akutrummet. Det var en kvalitativ-kvantitativ studie av Duran, Oman, Abel, Kozié och Szymanski (2007) i vilken 65 närstående ingick. Av de närstående hade 17 varit närvarande på akutrummet och av dessa var 89 % nöjda med sitt beslut och sa att de skulle välja detta igen. Den andra studien där de närstående själva tagit initiativ att närvara var en kvalitativ studie av Weslien, Nilstun, Lundqvist och Fridlund (2006). Av de närstående i denna studie var det endast två av de 17 närstående som hade närvarit på akutrummet, de övriga hade hänvisats till ett angränsande rum. Dessa två hade tagit det som självklart att det var tillåtet och följt med patienten in på akutrummet. En av dem hade blivit ombedd att lämna akutrummet men vägrat och båda ansåg att de hade tagit rätt beslut genom att närvara. De ansåg att närstående skulle erbjudas möjligheten att få närvara och ansåg att det var deras rätt att bevittna anhörigas återupplivning.

*They would have had to call security to keep me out. (Meyer et al., 2000, s. 36).*

### **Att ej erbjudas närvaro**

Även om närstående varit involverade i återupplivningen utanför sjukhuset var det ingen garanti för att få närvara vid akutrummet sedan. Detta framkom i Holzhausers et al. (2005) studie. Eftersom både denna studie och Robinsons et al. (1998) studie var randomiserade kontrollstudier (RCT), fick inte alla närstående med hänsyn till studien närvara. I Robinsons et al. studie uppgav tre av åtta i kontrollgruppen att de hade valt närvaro om de hade blivit erbjudna den möjligheten och i Holzhausers et al. (2005) studie var det 39 (67 %) ur kontrollgruppen som skulle valt närvaro.

De sex närstående som deltog i Wagners J. (2004) studie hade varit närvarande på en IVA-avdelning när deras anhörig hade fått hjärtstopp. De hade försökt att argumentera med personalen om att få närvara under behandlingen av hjärtstoppet. När det inte lyckades, accepterade närstående personalens beslut och lämnade rummet. Wesliens et

al. (2006) studie visade att en del närstående hade önskat att de hade blivit tillfrågade om de ville närvara. Detta hade inneburit ett tillfälle för närstående att fatta sina egna beslut. Att bli erbjuden att närvara behöver inte betyda att närstående väljer det senare alternativet. När närstående inte tidigare har varit med om någon återupplivning har de inget att referera till och det leder till svårighet att själv ta ett beslut om att närvara.

*One is not allowed to be present and one accepts it. If I had known that one is allowed to be present, I believe, I had insisted on being present. (Weslien et al., 2006, s. 72).*

### **Valet att avstå**

Det är inte alltid självklart att alla närstående vill närvara på akutrummet vid det akuta omhändertagandet (Robinson, et al. 1998). Två av de tio närstående i denna studie (RCT) som blivit lottade till studiegruppen (med lov att få närvara) valde att inte närvara. Enligt Weslien et al. (2006) beror detta på rädsla hos närstående, dessutom förekommer det att närstående inte tror att de kan orka med en så stressande händelse. Dessa närstående var också oroliga för att de skulle uppföra sig på ett olämpligt sätt och att patienten därmed skulle kunna kränkas. Andra argument att inte närvara var risken att bevittna en misslyckad återupplivning och därmed kanske även ifrågasätta den genomförda vården. Att inte vara behövd och personalens brist på tid, var ytterligare argument för att inte vara närvarande. Trots detta trodde dessa närstående att om de hade valt att närvara hade personalen accepterat deras beslut.

*After all, no one (of the staff) had time for me. (Weslien et al., 2006, s. 70).*

## **Upplevelser av närvaro på akutrummet**

### **Att uppleva samhörighet med patienten och delaktighet i vården**

Känslan av samhörighet med patienten och delaktighet i vården var positiva upplevelser som framkom i de flesta studierna. Bland deltagarna i Doyle et al. (1987) studie uppgav 37 (79%) av de närstående att de hade fått röra vid patienten strax efter ankomst till akutrummet samt fått möjlighet att prata till dem även om patienterna uppfattades som medvetslösa. Det visade sig att den befarade rädslan för att de skulle blanda sig i återupplivningen var obefogad, eftersom de upplevde att de var där som stöd till patienten. Även närstående i Meyers et al. (2000) studie ansåg att deras närvaro hade en viktig roll att fylla genom att de gav patienten känslomässigt stöd. Trots att det uppstod känslomässiga reaktioner som upplevdes som svåra eller skrämmande ville de inte avstå från att närvara. Nästan alla (95 %) trodde att de hade varit till stöd för patienten även om de var medvetslösa. Eftersom deltagarna i studien både kunde se och få muntlig information om patientens tillstånd befriades de från funderingar över vad som hände med patienten. De ansåg också att deras närvaro gav trygghet och skydd till en kär vän som de upplevde var utsatt och försvarslös, detta ledde till att de kände samhörighet med patienten. Deras närvaro var en påminnelse för vårdpersonalen om att uppfatta patienten som en person och som en del av en familj, vilket skulle leda till att personalen ansträngde sig mer (Meyer et al., 2000).

Enligt Holzhauser et al. (2005) ansåg 49 (85%) av de närstående att deras närvaro var av betydelse för patientens tillfrisknande. Närstående förundrades också över hur lugnt och snabbt vårdpersonalen arbetade och hur mycket som gjordes för patienten. Övervägande delen (92%) i studiegruppen ansåg att de fått adekvat stöd och även deltagarna i kontrollgruppen var nöjda med stödet. Deltagarna som bevitnade återupplivning i Robinsons et al. (1998) studie hade känt att deras närvaro hade haft betydelse för patienten och ingen av dem hade lämnat rummet på grund av att de blivit upprörda av händelsen.

Efter en livstid tillsammans känner närstående till patientens behov och det innebär att de har information av vikt som de kan dela med sig till personalen. Detta är ett argument för att tillåta närstående närvaro på akutrummet, vilket framkom i en studie av van der Woning (1999). Att ges tillfälle att få tala med eller få möjlighet att beröra patienten och att kunna ge information till vårdpersonalen samt fungera som patientens företrädare uppgavs som viktiga roller för närstående enligt McClement och Fallis (2008). Vidare uppgav närstående att deras närvaro gjorde att situationen upplevdes som verklig och därmed kunde eventuella beslut om att avbryta återupplivning förstås bättre. I Wagners studie (2004) framkom att när närstående uppfattade att återupplivningen varit framgångsrik kände de att de kunde överlämna patienten i personalens händer.

När närstående fick möjlighet att se vad som gjordes med patienten var det till hjälp för dem för att få förståelse för patienterna tillstånd. Närstående trodde också att de kunde kontrollera sina känslor och handlingar och att de inte skulle vara i vägen för vårdpersonalen (Durans et al., 2007). En del närstående i Wesliens et al. (2006) studie ansåg att deras närvaro skulle vara en garanti för att vården som gavs blev optimal. När de uppfattade att personalen var professionella och kvalificerade ökade deras förhoppningar. Närstående ansåg också att deras närvaro hade varit värdefull för patienten, personal och dem själva eftersom de hade kunnat informera personal och varit till stöd för patienten.

*They made us feel part of the process. (Holzhauser et al., 2005, s. 145).*

### **Rädsla att störa personalen.**

Närstående i Meyers et al. (2000) studie påpekade vikten av att deras närvaro inte fick leda till att de störde personalen i sitt arbete, samtidigt trodde 36 av de 39 närstående att de skulle klara av att hantera händelsen när de var närvarande på akutrummet. Oron över att störa personalen var synpunkter som även kom fram i Wesliens et al. (2006) studie där en del av de närstående uppgav att de var rädda att störa personalen i sitt arbete med att försöka rädda livet på patienten. Både närstående som varit och inte varit närvarande på akutrummet hade förståelse för att personalen var stressade och de var rädda för att vara i vägen, den viktigaste personen för de närstående var patienten. De närstående hade varit med om en chockartad upplevelse och kände att de kunde förlita sig på personalen och överlät vården åt dem. Det fanns närstående som var övertygade om att personalen gjorde allt som kunde göras, och därför ansåg de sin närvaro som överflödig.

*It has to be so that one has space, so one is not standing in the way of the staff. One cannot be so selfish so that one is in there at all costs and stands in the way of someone. There is limited space. (Weslien et al., 2006, s. 70).*

### **Att inte uppleva samhörighet**

Alla närstående upplevde inte samhörigheten med patienten. Trots att de närstående i van der Wonings (1999) undersökning hade närvarit i akutrummet beskrev de flesta i studien en känsla av avskildhet och separation eftersom de inte trodde att patienten hade upplevt deras närvaro. Även i McClement och Fallis (2008) studie framkom det att närstående kände en oro över att patienten skulle bli generad om han varit medveten om att närstående varit närvarande och bevittnat vad han utsattes för. I Wesliens et al.(2006) studie uppgav en informant att de inte trodde att deras närvaro skulle var till någon nytta för patienten.

*John didn't know I was there, of course, he can't remember anything of the event for a good two weeks after. And, I didn't think at the time he would know that I was there. I just stood at the foot of his bed – so how could he possibly have known I was there? (van der Woning, 1999, s. 189).*

### **Betydelsen av närvaro på akutrummet för efterarbetet**

#### **Såg att allt var gjort**

Doyle et al.(1987) studie visade att känslor som uppstod efter återupplivningen varierade oavsett utgången av återupplivningen. Även om patienten inte överlevde hade närstående sett att personalen hade gjort allt för deras familjemedlem och detta var en viktig upplevelse ansåg alla (100%). De flesta (94%) skulle välja att närvara om de fick samma valmöjlighet igen. Detta var åsikter som även framkom i Meyers et al. (2000) studie samt att deras närvaro hjälpt dem att förstå allvaret i patientens tillstånd. Även deltagarna i Robinsons et al.(1998) studie ansåg att det inte fanns något kvar att undra och oro sig över, man var övertygad om att personalen hade gjort allt de kunnat.

*I saw that everything was done for him. (Doyle et al., 1987, s. 108).*

#### **Att få ta farväl**

De närstående som hade fått möjlighet att ta farväl upplevde detta som en positiv del av närvaron. 36 av de närstående (76%) i Doyle et al. (1987) studie ansåg att deras närvaro gav dem möjligheten att få säga adjö innan patienten avled. Detta ledde till att de trodde att bearbetningen av det kommande sorgearbetet skulle underlättas. Dessa åsikter delades även av de flesta närstående (95%) i Meyer et al (2000) studie som uppgav att närvaron hade gett dem ett tillfälle att säga ”adjö” och att få vara tillsammans vid ett avslut på ett gemensamt liv. De trodde också att det skulle underlättade sörjandet under den kommande tiden.

De som deltog i interventionsstudierna uppgav att deras närvaro skulle underlätta sorgearbetet. I Robinsons et al. (1998) studie framkom det att de åtta som närvarit i akutrummet upplevde en lättnad i sin sorg genom att ha delat sin sista stund med patienten. Den känslomässigt psykologiska självskattningen efter 1 och 6 månader visade en lägre skattning (låg = bra) i 5 av 8 skalor hos de närstående i studiegruppen som fått möjlighet att närvara på akutrummet jämfört med kontrollgruppen som inte fått närvara. Nästan alla (96 %) i Holzhauser et al. (2005) studie svarade att de upplevde att deras närvaro hade hjälpt dem att acceptera utgången av återupplivningsförsöken. Även en övervägande del från kontrollgruppen (71,2%) trodde att närvaro skulle ha varit till hjälp i sorgprocessen om de fått möjlighet att närvara. Någon informant i Wesliens et al. (2006) studie uppgav att få vara närvarande ger patienten en möjlighet att säga något till de närstående och slippa dö ensam.

*Treasuring the memory of those last minutes together, even if time was short.*  
(Meyer et al., 2000, s. 37).

### **Kvarstående negativa minnen**

Det framkommer även att närstående inte enbart hade positiva minnen av närvaro på akutrummet. Fem (11%) av de närstående i Doyles et al.(1987) studie ansåg att för mycket resurser sattes in. Dessa synpunkter grundades på att närstående upplevde att patienten redan var död samtidigt som de trodde att personalen fortsatte återupplivningen längre än nödvändigt för de närståendes skull. I van der Wonings (1999) studie beskrev deltagarna att de mindes rytmiska ljud och tystnaden under återupplivningsförsöken och detta återuppväckte visuella minnen för de närstående flera månader efter händelsen. De hade varken fått en kroppslig eller verbal kontakt med patienten, eftersom de var placerade vid sidan av sängen. Detta ledde till ett bestående minne av brist på delaktighet och samhörighet med patienten under händelsen. Följderna av att ha varit närvarande under återupplivningen ledde även till ångest och oro för dessa närstående. Även en del närstående i McClement och Fallis (2008) studie uppgav att det kvarstod obehagliga minnen efter att ha bevittnat återupplivningen.

*His face was different, he looked ghastly, and I couldn't quite see all of his face, just from a funny angle really. His face was kind of empty, blank, expressionless – but pulled every now and again by the nurse pressing on his chest.* (van der Woning, 1999, s. 190).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Från början var vår intension att göra enbart en kvalitativ litteraturstudie om närståendes erfarenheter av närvaro vid akut omhändertagande. På grund av begränsad tillgång på kvalitativa artiklar fick vi ändra vår metod och syftet till viss del. Vi valde att behålla närståendeperspektivet men utökade data med kvantitativa artiklar som berörde

närståendes perspektiv. Artiklarna i litteraturstudien består av tre kvalitativa, två kvantitativa och fyra som är både kvalitativa och kvantitativa. Av de kvalitativa är det två studier som består av studie- respektive kontrollgrupper. Detta resulterade i en litteraturstudie över närståendes närvaro vid akut omhändertagande. Den lägsta nivån av bearbetning av data är enligt Axelsson (2008) att sammanföra data från olika studier under olika teman, vilket är relevant för en kandidatexamen. Vår grundtanke var att begränsa oss till artiklar publicerade under 2000-talet, men vi fick revidera detta med tanke på den begränsade forskningen på området. Detta ledde till att den äldsta artikeln är publicerad i slutet av 1980-talet. De artiklar som vi fann och som är skrivna på engelska är från USA, Australien och Storbritannien och en från Sverige. En begränsande faktor kan vara att de flesta artiklarna kommer från anglosaxiska länder och det kan vara svårt att direkt överföra resultaten till svenska förhållanden pga kulturella skillnader. I några artiklar har författarna varit tydliga med att redovisa den kulturella bakgrund de intervjuade har, eftersom detta kan ha betydelse för inställningen till närståendes närvaro vid akut omhändertagande. Vi valde att strukturera uppsatsen enligt Fribergs (2006) metod och analyserade artiklarna utifrån Fribergs (2006) och Axelssons (2008) modeller.

I analys av kvalitativa artiklar studeras helheter och inte enskilda variabler, medan den kvantitativa metodens resultat illustreras i siffror. Av denna anledning är resultaten redovisade på olika sätt. Övervägande del av våra subteman framträdde på ett tidigt stadium vid analysen. Vi hade däremot vissa problem med att rubricera subteman eftersom vi uppfattade att en del subtema flyter in i varandra men ändå har olika innebörd. Till slut utkristalliserade dig de nio subteman som vi har redovisat. De kunde därefter kategoriseras under tre huvudteman.

Det var två artiklar som hade som syfte att utvärdera långtidseffekter av FPDR. Den ena artikeln var en kvantitativ randomiserad kontrollstudie och den andra studien var en kvalitativ fenomenologisk. Här kom man fram till helt olika resultat. De närstående i studiegruppen i den kvantitativa studien var nöjda med sitt deltagande medan de i den fenomenologiska studien hade negativa minnen som påminde om post traumatisk stress syndrom (PTSS). Detta leder till att vi frågar oss om olika studiemetoder kan resultera i så olika resultat? Det finns emellertid ytterligare en faktor som skiljer de båda studierna åt och det är att de närstående som deltog i Robinsons et al. studie haft professionellt stöd inne på akutrummet vilket inte de närstående i van der Wonings (1999) hade haft vilket kan ha påverkat resultatet.

Vi har konstaterat att det finns begränsad forskning om närståendes erfarenheter av FPDR när det gäller vuxna patienter. Största delen av forskningen är inriktat på personalens inställning till närståendes närvaro på akutrummet eller närstående till barn.

## **Resultatdiskussion**

Vi har valt att koncentrera vår resultatdiskussion på följande tre subteman, närståendes upplevelse av samhörighet och delaktighet, att få chans att ta farväl och kvarstående negativa minnen. Vi anser att dessa bäst belyser våra frågeställningar om hur FPDR påverkar de närstående under det akuta omhändertagandet och på längre sikt.



De närstående som fått möjlighet att närvara på akutrummet hade upplevt delaktighet i vården eftersom de känt att de var där som "representant" för patienten och kunde delge personalen viktig information. En annan viktig upplevelse för de närstående var känslan av samhörighet med patienten genom sin närvaro. Vårdvetenskapen lägger fokus på patientens egen upplevelse av sin hälsa och när patienten inte själv kan föra sin talan får de närstående träda in i patientens ställe. Det är patienten och närståendes upplevda och komplexa verklighet som skall bejakas (Dahlberg, 2003). De närstående i vår studie ansåg att de hade information av vikt som de kände till och därmed ansåg de att deras närvaro var betydelsefull. En del närstående har varit oroliga för att de skulle störa personalen genom att blanda sig i återupplivningsarbetet eller uppträda på olämpligt sätt. Detta problem framkom även i artiklar som belyser sjuksköterskornas perspektiv. En del av sjuksköterskorna uppgav att de trodde att det fanns en risk att de närstående skulle bli känslomässigt upprörda och på grund av detta störa personalen i sitt arbete (Knott & Kee, 2005). Dessa farhågor besannades inte. Vårt arbete har visat att när de närstående väl är på akutrummet koncentrerar de sig på sin roll som stöd åt patienten. Närstående har också imponerats över hur snabbt och effektivt personalen arbetade för att rädda livet på patienten. Samtidigt fick de en möjlighet att se hur allvarligt sjuk patienten var. Detta ledde till att de närstående förstod eventuella beslutet om att avsluta behandlingen. Även detta är åsikter som sjuksköterskorna i Knott och Kees (2005) studie framförde.

Att få en chans att ta farväl innan patienten avled är något som närstående ansåg var en värdefull upplevelse genom närvaron på akutrummet. De flesta av de närstående trodde att detta skulle leda till att det kommande sorgearbetet skulle underlättas. Även sjuksköterskorna i Knott och Kees (2005) studie trodde att närvaron skulle hjälpa de närstående i deras sorgearbete eftersom de fått chans att ta farväl. I svenska HLR-rådets kursbok (2006) framkommer att studier visat på att närståendes närvaro skulle underlätta sorgearbetet. Anledning till detta är, enligt kursboken, att närstående fått möjlighet att kommunicera med och fått vara ett stöd för patienten ända fram till slutet. De närstående fick också en chans att ta farväl och beröra en varm kropp och de kunde lämna situationen med en känsla av att allt som kunde göras hade blivit gjort (kursbok a-HLR, 2006, s.38). Närstående som bevittnat återupplivning skall erbjudas tillfälle att få reflektera över händelsen efteråt. Detta finns även med bland internationella riktlinjer för FPDR (Fullbroke et al., 2007) och även i ovannämnda kursbok i HLR. Dessa reflektioner är även till nytta för sjuksköterskan som erhåller nya kunskaper som hon sedan bär med sig till kommande möten. Enligt Travelbee (1971) hjälper sjuksköterskan närstående både genom att ge patienten professionell omvårdnad och genom att bemöta närståendes behov. Hennes erfarenheter från tidigare möten med patienter och närstående bygger upp hennes förståelse och empati. Detta innebär att sjuksköterskan försöker hjälpa närstående att lindra följderna av upplevelsen och även hjälpa dem att finna en mening i det som skett (Travelbee, 1971). Konkret innebär Travelbees teori att när sjuksköterskan får ta del av närståendes berättelser om att närvaron på akutrummet har underlättat deras sorgearbete eftersom de fick chans att ta farväl, kan de använda den kunskapen när de ställs inför samma situation igen.

Det var inte alla närstående som närvarit på akutrummen som hade positiva minnen av närvaron, som till exempel i Doyle's et al. (1987) studie. En del närstående i denna studie ansåg att för mycket resurser sattes in och att återupplivningen pågick längre än

nödvändigt. De närstående trodde att det var ett resultat av att de hade varit närvarande på akutrummet. Detta är synpunkter som inte framkommit i någon annan studie som ingår i vårt arbete. Studien är från 1987 och var en utvärdering av då gällande riktlinjer och vid den tidpunkten var det inte vanligt förekommande att närstående fick närvara på akutrummet under det akuta omhändertagandet. Därför tror vi att de närståendes reflektioner kan belysa verkligheten, nämligen att personalen med hänsyn till den närstående fortsatte återupplivningen längre än de skulle ha gjort om inte närstående närvarit. Enligt Dahlberg (2003) bär vi vårdare med oss en viss förförståelse och det finns alltid risk att vi försöker bekräfta det vi tror att vi redan vet och därmed hindrar nya perspektiv att träda fram. I detta fall kan det vara en handling som görs i välmening för de närstående men som inte alltid uppfattas som positivt. Det är något som vi som vårdpersonal bör ta till oss.

Av de studier som ingår i vårt arbete har de flesta närstående positiva erfarenheter och de var nöjda med sitt deltagande men så var det inte för de närstående i van der Wonings (1999) studie. I denna studie hade de närstående själva valt att närvara och de hade inte haft professionellt stöd under närvaron på akutrummet. De hade därmed inte fått någon hjälp att upprätta någon kontakt med patienten och detta gav ett bestående minne av brist på samhörighet med patienten. De närstående hade kvarstående negativa minnen efter att ha bevittnat återupplivningen. Enligt Travelbee (1971) går lidande och smärta inte att undvika i livet men målet med omvårdnaden är att närstående skall ha fått stöd att finna mening i de erfarenheter eller förluster som har skett. Vårt arbete har visat att när det gäller betydelsen av närståendes närvaro verkar kärnan i problemet inte vara frågan om att närvara eller inte närvara. Det som utkristalliserat sig är istället behovet av ett professionellt stöd till de närstående under närvaron. Behovet av ett professionellt stöd var synpunkter som även framkom i studier som belyste sjuksköterskeperspektivet (Knott & Kee, 2005). Sjuksköterskorna ansåg att om närstående har valt att närvara skall de ha stöd från en professionell vårdare under tiden. Detta överensstämmer med de riktlinjer som finns utarbetade för FPDR och som är accepterade av flera internationella sjuksköterskeförbund. Även svenska rådet för hjärt- och lungräddning har med riktlinjer för familje-närvaro i sitt utbildningshäfte och där poängteras att närstående skall ha stöd av personal om de beslutar sig för att närvara.

I studien av MacLean et al. (2003) framkom att endast 5% av de avdelningar som ingick i deras studie hade skriftliga riktlinjer för FPDR. Drygt en tredjedel av sjuksköterskorna ansåg inte att det var nödvändigt med skrivna riktlinjer för att närstående skulle tillåtas att närvara. Ytterligare cirka en tredjedel ansåg att det behövs skriftliga riktlinjer för att personalen i förväg skall veta hur de ska hantera familjens eventuella begäran om närvaro. Även i denna studie poängterade sjuksköterskorna att det behövdes en utsedd medlem ur personalen som skulle vägleda, coacha och stödja familjen för att ge en positiv upplevelse för både närstående, patient och personal. Övervägande del av de sjuksköterskor som förespråkade närståendenärvaro på akutrummet hade tidigare erfarenhet av detta eller lång yrkeserfarenhet. Detta ledde till att frågan om ett utbildningsprogram för sjuksköterskor i FPDR kunde vara lämpligt för att ge de mer oerfarna sjuksköterskornas en inblick i denna fråga. I MacLeans et al (2003) studie redovisas resultatet av en sådan genomförd pedagogisk utbildning bland 46 akutsjuksköterskestuderande. Efter utbildningsprogrammet hade den positiva inställningen till närståendes närvaro under det akuta omhändertaganden ökat från 11%

till 79%. Även Norton, Dimon, Richards och Kelly (2007) belyser i en studie att det främst är sjuksköterskor med lång erfarenhet som är för närståendes närvaro. De frågar sig om detta kan vara ett resultat av att utbildningen till sjuksköterskor inte tar upp problemet med närvaron och sjuksköterskorna därmed känner sig osäkra innan de fått egen erfarenhet. Som ett delmoment i ett projekt på en sjuksköterskeutbildning i Washington lades det in en lektion om FPDR i kursen om döden och döendet. Avsikten var att ge eleverna kunskap om ämnet och få bort negativa åsikter. Vårdvetenskapen lägger tyngdpunkten på helhetssyn på vården och detta omfattar både att ta hand om patient och dennes familj. Att lägga in frågan, om närstående skall tillåtas närvara under akut omhändertagande, i utbildningen gör att studenterna får tid att reflektera över sin egen inställning till närvaron och få en möjlighet att diskutera de etiska följderna. Eleverna fick värdera sin inställning till närståendenärvaro före och efter lektionen och även i denna studie hade de flesta ändrat sin åsikt till förmån för att tillåta närvaro (Norton et al., 2007).

Det finns internationella riktlinjer för FPDR och även svenska rekommendationer i HLR-rådets kursbok (2006). Vi ställer oss, med anledning av detta, frågan om inte kunskap om närståendes närvaro under akut omhändertagande ska ingå i vidareutbildningar för olika akutsjuksköterskeprogram även här i Sverige.

## **Implikationer**

Våra förslag utifrån resultatet från föreliggande studie är:

- Att utifrån de internationella riktlinjer som finns utverka lokala riktlinjer.
- Att närståendes närvaro under akut omhändertagande i första hand bör belysas i samband med HLR-utbildningen på sjukhusets akutavdelningar.
- Att kunskap om närståendenärvaro ska ingå i vidareutbildningar för olika akutsjuksköterskeprogram även i Sverige.

## **Förslag till fortsatt forskning**

Under arbetets gång har det väckts nya frågor som inte ryms i vår studie men som vi anser intressanta och som kan vara föremål för fortsatt forskning. Dels har vår studie visat att det finns för lite forskning som belyser närståendes närvaro under det akuta omhändertagandet och att den svenska forskningen i detta ämne är nästintill obefintlig. Därför skulle det vara intressant med en svensk studie där man använder sig av de internationella riktlinjer som finns för att se om man skulle komma fram till samma resultat i Sverige som internationellt. Det skulle även vara intressant med en fenomenologisk studie av långtidseffekterna där närstående har professionellt stöd under närvaron på akutrummet. Detta för att utvärdera om det är analysmetoden eller stödpersonen som leder till eventuella skillnader i resultaten. Slutligen anser vi att det vore intressant med en studie som belyser den internationella förekomsten av utbildning i FPDR i olika sjuksköterskeprogram.

## REFERENSER

- Axelsson, Å.B., Zettergren, M. & Axelsson, C. (2005). Good and bad experiences of family presence during acute care and resuscitation. What makes the difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 161-169.
- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. Ingår i Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 1:2 uppl. (s. 173-188). Lund: Studentlitteratur.
- Barratt, F., & Wallis, D. N. (1998). The presence of relatives in the resuscitation room. *Journal of Accident and emergency medicine*, 2, 109-111.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Doyle, C.J., Post, H., Burney, R.E., Maino, J., Keete, M., Rhee, J., et al. (1987). Family participation during resuscitation: an option. *Annals of Emergency Medicine*, 16(6).
- Duran, C.R., Oman, K.S., Abel, J.J., Koziel, V.M., & Szymanski, D. (2007). Attitudes toward and beliefs about family presence: A survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 270-280.
- Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Fulbrook, P., Latour, J., Albarran, J., deGraaf, W., Lynch, F., Devictor, D., et al. (2007). The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation. *The world of critical care nursing*, 5(4), 86-88.
- Grice, A.S., Picton, P., & Deakin, C.D.S. (2002). Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units. *British Journal of Anaesthesia*, 91(6), 820-824.
- HLR-rådet (2006). A-HLR, kursbok, upplaga 1. Göteborg: Stiftelsen för HLR.
- Holzhauser, K., Finucane, J., & De Vries, S.M. (2005). Family presence during resuscitation: A randomised controlled trial of the impact of family presence. *Australian Emergency Nursing Journal*, 8, 139-147.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier : analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Knott, A., & Kee, C.C. (2005). Nurses' beliefs about family presence during resuscitation. *Applied Nursing Research*, 18, 192-198.
- MacLean, S., Guzzetta, C., White, C., Fontaine, D., Eichhorn, D., Meyers, T., et al. (2003). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive

- procedures: Practices of critical care and emergency nurses. *American Journal of Critical Care*, 12(3), 246-257.
- McClement, S. & Fallis, W.M. (2008). Being present during the resuscitation of a loved one: family members' perspectives. *Dynamics of critical care*, 19(2), 20.
- McMahon-Parkes, K., Moule, P., Bengner, J., & Albarran, J.W. (2008). The views and preferences of resuscitated and non-resuscitated patients towards family-witnessed resuscitation: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 220-229.
- Meyers, T.A., Eichhorn, D.J., & Guzzetta, C.E. (1998). Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. *Journal of Emergency Nursing*, 24(5), 400-405.
- Meyers, T.A., Eichhorn, D.J., Guzzetta, C.E., Clark, A.P., Klein, J.D., Taliaferro, E., et al. (2000). Family Presence during invasive procedures and resuscitation: The experience of family members, nurses, and physicians. *American Journal of Nursing*, 100(2), 32-43.
- Nationalencyklopedin (2010). Hämtat 2010-02-24  
<http://ne.se.lib.costello.pub.hb.se/lang/akutv%C3%A5rd> genom biblioteket, Högskolan i Borås.
- Norton, C.K., Dimon, A., Richards, R.K., Kelly, S., & Frey, I. (2007). The introduction of family presence evidence-based practice into a baccalaureate nursing curriculum. *Critical care nursing quarterly*, 30(4), 364-371.
- Robinson, S.M., Mackenzie-Ross, S., Hewson, G.L.C., Egleston, D.V., & Prevost, A.T. (1998). Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Emergency Nurse*, 6(6).
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2009-12-05.  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105\\_1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105_1_20051052.pdf)
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. (Andra upplagan). Philadelphia: Davis.
- Wagner, J.M. (2004). Lived experience of critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 13(5), 416-420.
- Weslien, M., Nilstun, T., Lundqvist, A., & Fridlund, B. (2006). Narratives about resuscitation – family members differ about presence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 68-74.
- Van der Woning M. (1999). Relatives in the resuscitation area: a phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 4(4), 186-192.

Östlinder, G. (2004). *Närståendes behov*. Bromma Tryck AB.

Översikt av analyserade artiklar

Bilaga 1.

Artikel	Perspektiv	Problem o syfte	Metod	Resultat
<p><b>Titel:</b> Narratives about resuscitation-family members differ about presence</p> <p><b>Författare:</b> M Weslien, T Nilstun, A Lundqvist, B Fridlund.</p> <p><b>Tidskrift:</b> European Journal of Cardiovascular Nursing</p> <p><b>Årtal :</b> 2005</p>	<p>Närstående perspektiv</p> <p>Sverige</p> <p>17 deltagare varav 2 var närvarande i akutrummet.</p>	<p><b>Problem:</b> Vårdpersonal är oense om närstående skall få närvara i återupplivningsrummet.</p> <p><b>Syfte:</b> Att belysa familjemedlemmars erfarenhet och uppfattningar om att vara närvarande i återupplivningsrummet när närstående erhöill HLR.</p>	<p>Kvalitativa intervjuer och berättelser som analyserades utifrån innehållsanalys.</p>	<p>Övergripande tema som framträdde var rädsla att störa återupplivningsförsöken. Närstående har olika åsikter om det är bra eller dåligt att få vara närvarande, men det framkom en önskan om att få bli erbjuden att delta. Att bli erbjuden innebär att närstående kan fatta sitt eget beslut.</p>
<p><b>Titel:</b> Lived Experience of Critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation.</p> <p><b>Författare:</b> J Wagner</p> <p><b>Tidskrift:</b> American Journal of Critical Care AJCC</p> <p><b>Årtal:</b> 2004</p>	<p>Närstående perspektiv</p> <p>6 närstående som varit närvarande vid hjärtstopp på IVA.</p>	<p><b>Problem:</b> Att familjen separeras från patient som erhåller HLR.</p> <p><b>Syfte:</b> att beskriva erfarenheter från närstående till svårt sjuka patienter som närvarit under pågående HLR på intensivvårdsavdelning.</p>	<p>Kvalitativ. Anhöriga fick beskriva sina erfarenheter i bandade intervjuer. (VanManen temaanalys användes).</p>	<p>Huvudtema som framkom, skall vi stanna eller skall vi gå.</p> <p>Möjlighet att hantera sina känslor för patientens dåliga tillstånd är nedsatt när närstående inte får närvara. Närvaro är extra viktig när de känner att utgången är oviss. De kände sig låsta och kunde bara lita på att personalen gör ett bra jobb.</p>

<p><b>Titel:</b> Attitudes Toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families, and patients.</p> <p><b>Författare:</b> C Duran, K Oman, J Jordan, V Koziel, D Szymanski</p> <p><b>Tidskrift:</b> AJCC American journal of critical Care <b>Årtal:</b> 2007</p>	<p>Närstående perspektiv (+ personal)</p> <p>Redovisningen av resultaten är presenterade separat för varje grupp.</p> <p>65 närstående som svarade på en enkät. 17 av dessa hade varit närvarande på akutrummet.</p>	<p><b>Problem:</b> Det råder tveksamhet hos vårdpersonal om familjemedlemmar skall närvara eller ej vid akut omhändertagande.</p> <p><b>Syfte:</b> att beskriva och jämföra uppfattningar om närståendes närvaro vid "HLR" (hjärtlungräddning) hos personal, närstående och patienter, oavsett tidigare erfarenheter.</p>	<p>Kvantitativ och kvalitativ metod som redovisas var för sig.</p> <p>Man använde enkät med likertskala som är utarbetad för FP.</p> <p>I den kvalitativa delen fångades tema enligt Munhall o Boyd modell.</p>	<p>Närstående hade övervägande positiva känslor. De ansåg bl.a att "det var deras rätt att vara där".</p> <p>De såg att allt gjordes för patienten. Det visade sig att det var en signifikant skillnad i inställning mellan de som hade tidigare erfarenheter och de som inte hade det.</p>
<p><b>Titel:</b> Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experiences of family members, nurses and physicians.</p> <p><b>Författare:</b> T Meyer, D Eichhorn, C Guzzetta, A Clark, J Klein, E Taliaferro, A Calvin</p> <p><b>Tidskrift:</b> American Journal of Nursing <b>Årtal:</b> 2000</p>	<p>Närstående perspektiv (+ personal)</p> <p>redovisningen av resultaten är presenterade separat för varje grupp.</p> <p>39 närstående som fått vara närvarande på akutrummet enligt ENA:s riktlinjer.</p>	<p><b>Problem:</b> Det råder tveksamhet hos personal om man skall tillåta närstående att vara närvarande eller ej vid HLR.</p> <p><b>Syfte:</b> Att hitta attityder, upplevelser och problem bland närstående och patienter som varit med vid HLR.</p>	<p>Kvalitativ och kvantitativ färdiga frågeformulär för FS (family survey) (family presence attitude scale for families) FPAS-FM med likertsskala.</p> <p>Dessutom semistrukturerade frågor</p> <p>Bandade intervjuer.</p> <p>Den kvalitativa delen sammanställdes under olika tema.</p>	<p>Närstående hade inte upplevt någon negativ psykisk erfarenhet av att ha bevittnat HLR. De skulle närvara igen om de fick chans.</p> <p>De ansåg att det var deras rättighet att vara närvarande. Det gavs uttryck för positiva tankar hos närstående som att "allt gjordes för min älskade".</p>



<p><b>Titel:</b> Relatives in the resuscitation area: a phenomenological study.</p> <p><b>Författare:</b> M van der Woning</p> <p><b>Tidskrift:</b> Nursing in critical care U.K</p> <p><b>Årtal:</b> 1999</p>	<p>Närstående perspektiv</p> <p>5 närstående som själva valt närvaro.</p>	<p><b>Problem:</b> Det saknas forskning som visar på långtidseffekter av FPDR, och hur det påverkar de närståendes liv.</p> <p><b>Syfte:</b> att utvärdera långtidseffekten efter FPDR, 6-12 månader efter händelsen och att beskriva positiva eller negativa upplevelser.</p>	<p>Kvantitativ studie Hermeneutisk-Fenomenologisk tolkning (hur de närstående mindes händelsen).</p>	<p>Få förståelse för anhörigas livsvärld och genom lyhördhet för detta fenomen öka sin omvårdnadskunskap De övergripande känslorna för de närstående var negativ. Tre av de fem ångrade att de deltagit och skulle tveka att göra det igen.</p>
<p><b>Titel:</b> Being present during the resuscitation of a loved one: family members' perspectives.</p> <p><b>Författare:</b> S McClement</p> <p><b>Tidskrift:</b> Dynamics (Canadian Association of Critical Care Nurses)</p> <p><b>Årtal:</b> 2008</p>	<p>Närstående perspektiv Canada</p> <p>14 närstående med stödpersonal</p>	<p><b>Problem:</b> Det saknas canadensiska studier om familjeperspektiv under FPDR och hur man underlättar för familjen under FPDR.</p> <p><b>Syfte:</b> att utforska och beskriva erfarenheter av närstående som deltagit i FPDR av vuxen på IVA/ED (pilotstudie)</p>	<p>Kvalitativ beskrivande och undersökande</p> <p>Bandade direktintervjuer med närstående</p>	<p>Fördelar och nackdelar av närvaro belyses. Faktorer som påverkar beslut att närvara. Faktorer som underlättare en positiv närvaro. Faktorer som bidrar till negativa erfarenheter. Implementera kunskaper i praktiken.</p>

<p><b>Titel:</b> Family presence during resuscitation: A randomised controlled trial of the impact of family presence.</p> <p><b>Författare:</b> Holzhauser, FN et al.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Australian Emergency Nursing Journal</p> <p><b>Årtal:</b> 2006</p>	<p>Närstående perspektiv</p> <p>58 närstående i studiegruppen och 30 i kontrollgruppen (som fullföljde).</p>	<p><b>Problem:</b> Det är mest berättelser (anekdoter) och inte forskning som personalen stöder sig mot för att anhöriga skall exkluderas från återupplivning.</p> <p><b>Syfte:</b> Att ta reda på närståendes attityder till att ha varit närvarande.</p>	<p>Kvantitativ randomiserad kontrollstudie (n=100)</p> <p>En grupp som fick vara med i patientrummet och en grupp som fick stanna i väntrummet.</p> <p>Beroende på om man varit med på rummet eller inte fick man besvara olika frågor i en telefonintervju.</p>	<p>Forskningen stödjer närståendes närvaro under återupplivning. Det här projektet belyser även vikten av behovet av en stödperson som har helhetssyn på patienten och närstående på akutmottagningen. Vidare belyser projektet vikten av att inkludera närstående i vården av patienten och göra dem delaktiga i teamet.</p>
<p><b>Titel:</b> Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives</p> <p><b>Författare:</b> Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Hewson GLC, Egleston C, Prevost AT</p> <p><b>Tidskrift:</b> Coronary Health Care, Storbritannien.</p> <p><b>Årtal:</b> 1998</p>	<p>Närstående perspektiv</p> <p>Storbritannien</p> <p>Pilotstudie</p> <p>8 studiegruppen 10 kontrollgruppen (som fullföljde)</p>	<p><b>Problem:</b> Anledning till att närstående inte får närvara vid återupplivning är mestadels för att personalen tror att det kan oroa och bekymra dem, även i ett långsiktigt perspektiv. Man vill därför undersöka om detta är sant eller bara anekdoter.</p> <p><b>Syfte:</b> att undersöka långsiktiga psykiska effekter av att ha varit närvarande vid återupplivning.</p>	<p>Kvantitativ randomiserad kontroll studie (n=25) av närstående som varit med på sjukhus, en grupp som fick erbjudande att närvara vid återupplivning och en grupp som fick stanna i anhörigerummet. Uppföljning 1 mån efter och ytterligare 6 mån efter där båda grupperna fick skatta sig enligt vedertagna skalor för att mäta post traumatiska störningar.</p>	<p>Man finner ingen evidens som styrker att närstående skall exkluderas från återupplivningen.</p> <p>Närstående som fick närvara visade något lägre posttraumatiska symtom (ej signifikanta skillnader)</p> <p>Studien fick avbrytas i förtid eftersom personalen ansåg FPDR positiv och därmed ansåg det oetiskt att utesluta närstående.</p>

<p><b>Titel:</b> Family participation during resuscitation: An option.</p> <p><b>Författare:</b> C Doyle et al.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Emergency Medicine</p> <p>Årtal 1987</p>	<p>Närstående perspektiv</p> <p>68 närstående som närvarit.</p>	<p><b>Problem:</b> Befintliga riktlinjer där man låter anhöriga vara närvarande vid återupplivning har inte utvärderats.</p> <p><b>Syfte:</b> att ta reda på om befintliga riktlinjer hjälper närstående att bemöta de emotionella känslor som uppstår hos närstående vid oväntat dödsfall.</p>	<p>Kvalitativ och kvantitativ</p> <p>70 närstående som haft kontakt med sjukhuspräst under återupplivningen var inkluderade i studien. De blev kontaktade 4 månader efter och fick fylla i ett frågeformulär.</p>	<p>Riktlinjerna var till hjälp att bemöta de känslomässiga behov som uppkom vid oväntad återupplivning.</p> <p>72% sa att de hade blivit informerade om vad de skulle komma att se i återupplivningsrummet och 94% trodde att de skulle välja att vara närvarande igen.</p>
---	---	---	---	---

## Litteratursökning

## Bilaga 2

Cinahl

Mesh-termer Resuscitation, family, presence, invasive procedures

Dessutom sökning på: peer-reviewed och adult

	Träffar	urval	valda
Resuscitation and family and presence/peer reviewed, adult	64	5	5
Family and presence and resuscitation and invasive procedures peer reviewed, adult	16	2	
Family and presence and invasive procedures / peer reviewed, adult	21	2	
“family presence during resuscitation” peer reviewed adult	50	2	
“family presence during invasive procedures” peer reviewed, adult	19		

Scopus

resuscitation and family and presence and invasive procedures	9	1	1
invasive procedures and family and presence	16	1	
resuscitation and family and presence	69	2	

Pubmed

Resuscitation and family and presence	26	2	
---------------------------------------	----	---	--

Totalt 6 artiklar som är relevanta för valt område.

Sekundärsökning gav ytterligare 3 artiklar.