

INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERS KANS TANKAR OM NÄRSTÅENDES NÄRVARO VID HJÄRT- LUNGRÄDDNING

FÖRFATTARE: Eva Saffo & Sara Ejnell
PROGRAM/KURS: Omvårdnad -
Examensarbete II, OM 1650, VT 2009
OMFATTNING: 15 högskolepoäng
HANDLEDARE: Mona Ringdal & Lotta Johansson
EXAMINATOR: Elisabet Hansson Olofsson

Sahlgrenska akademien



FÖRORD

Vi vill tacka våra informanter som ställde upp på intervjuerna och våra handledare Mona Ringdal och Lotta Johansson vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet.

SAMMANFATTNING

Introduktion: Närstående bör erbjudas närvaro vid hjärt- lungräddning enligt nationella och internationella riktlinjer. Tidigare var intensivvårdssjuksköterskor inte vana vid närståendes närvaro men en attitydförändring har enligt flera studier påbörjats.

Syfte: Att beskriva intensivvårdssjuksköterskans tankar om att ha närstående närvarande vid hjärt- lungräddning.

Metod: Data insamlades genom intervjuer som bearbetades och analyserades enligt den kvalitativa innehållsanalysen. Två intensivvårdssjuksköterskor, som arbetar på en intensivvårdsavdelning på ett länsjukhus i Sverige, intervjuades till pilotstudien.

Resultat: Intensivvårdssjuksköterskornas tankar som framkom i pilotstudien speglar en osäkerhet och olust inför att ha med närstående vid hjärt- lungräddning. De anser att det saknas handlingsplaner och riktlinjer för detta men de är inte säkra på att en handlingsplan skulle underlätta.

Diskussion: I relation till tidigare forskning har vi funnit i vårt resultat av pilotstudien att närståendes närvaro bör lyftas fram och diskuteras bland intensivvårdssjuksköterskor. Handlingsplaner bör upprättas då tidigare forskning hävdar att formell policy saknas. Vi anser att en kvalitativ metod har varit bra för att lyfta fram intensivvårdssjuksköterskornas tankar om närståendes närvaro vid HLR.

Konklusion: De intensivvårdssjuksköterskor som ingick i denna pilotstudie kände en osäkerhet och olust inför närståendes närvaro vid hjärt-lungräddning. Det saknas beredskap, resurser samt handledning för vårdpersonal för att kunna bearbeta men också utveckla sin förmåga att hantera närståendes närvaro vid HLR.

ABSTRACT

Introduction: Family members should be offered to attend resuscitation according to national and international guidelines. Previously, critical care nurses were not accustomed to family presence and today, according to several studies, a change of attitude has begun.

Objective: To study the critical care nurse's thoughts of family presence during resuscitation.

Method: Data was collected through interviews, which were processed and analyzed according to the qualitative content analysis. Two critical care nurses, who work in an intensive care unit in a regional hospital in Sweden, were interviewed for the pilot study.

Results: The critical care nurses thoughts that emerged from the pilot study reflect an uncertainty and uneasiness for having family members present during resuscitation. They believe that there is a lack of action plans and guidelines for this but they are not sure that an action plan would facilitate.

Discussion: In relation to previous research we have found in the result of our pilot study that family presence should be highlighted and discussed more among critical care nurses. Action plans should be created since the previous research argues that theirs is a lack of formal policy. We believe that a qualitative method has been good for highlighting the critical care nurses thoughts of family presence during resuscitation.

Conclusion: The critical care nurses who were included in this pilot study felt an uncertainty and uneasiness about family presence during resuscitation. There is a lack of readiness, resources and guidance for health care professionals to process but also develop their ability to cope with family presence during resuscitation.

Keywords: Hjärt- lungräddning, närståendes närvaro, intensivvårdsjuksköterskans tankar.
Resuscitation, family presence, critical care nurses thoughts.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	6
ONTOLOGISKT OCH EPISTEMOLOGISKT PERSPEKTIV PÅ VÅRDANDE	6
MAKT	6
SJÄLVKÄNSLA	6
LIDANDE	6
AKTUELLT FORSKNINGSLÄGE	7
SJUKSKÖTERS KANS PERSPEKTIV	8
PATIENTENS PERSPEKTIV	9
NÄRSTÅENDES PERSPEKTIV	9
SYFTE	11
METOD	11
URVAL	11
DATAINSAMLING	12
BEARBETNING OCH ANALYS	12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
RESULTAT	15
TVEKSAMHET OCH OLUST	16
MÖJLIGHETER OCH HINDER	17
BEGRÄNSAD HANDLINGSBEREDSKAP	17
METODDISKUSSION	19
RESULTATDISKUSSION	20
KONKLUSION	23
REFERENSER	24
BILAGA 1	27

INLEDNING

Hjärt- lungräddning (HLR) är en livräddande behandlingsmetod som syftar till att tillföra kroppen syre och eftersträvar att syret får cirkulera i kroppen (1). Med HLR avser vi den återupplivande handling som vidtas inom sjukvården enligt föreliggande handlingsplan enligt HLR-rådet (2).

Att ha närstående närvarande vid HLR på sjukhus blev som koncept introducerat i början på 80-talet och har blivit accepterat som praxis i många europeiska länder. Många närstående önskar närvara under HLR och mer än 90 % skulle vilja göra det igen enligt en sammanställning gjord av European Resuscitation Council. Många föräldrar vill vara med sina barn vid HLR och närstående kan se flera fördelar med att få närvara, det kan bland annat understödja acceptansen av dödsfallet och förlusten av en närstående. Det kan även hjälpa de närstående att kommunicera med och beröra patienten i deras slutgiltiga stund medan de fortfarande är varma. Närstående upplevde även att de genom sin närvaro också fick se att allt som kunde göras verkligen gjordes (3).

Intensivvårdssjuksköterskor stödjer generellt familjemedlemmars närvaro, detta visar en europeisk enkätundersökning där Fulbrook et al (4) undersökt intensivvårdssjuksköterskors attityder och erfarenheter av att ha med familjemedlemmar närvarande under HLR. Däremot finns det skillnader i attityder hos intensivvårdssjuksköterskor kring närståendes närvaro vid HLR (4).

Vårdpersonal har genom sin kunskap och ansvarsroll möjligheter att påverka flera situationer i sitt arbete med patienter och närstående. Intensivvårdssjuksköterskan kan därmed som arbetsledare ha stor inverkan över vilka som kan få närvara vid HLR. Rutiner om hur närstående får vara med under HLR skiljer sig mellan olika sjukhus och land. Intensivvårdssjuksköterskans möjlighet att kunna påverka dessa situationer har väckt vårt intresse för att studera hur intensivvårdssjuksköterskor tänker när det gäller närståendes närvaro vid HLR.

BAKGRUND

ONTOLOGISKT OCH EPISTEMOLOGISKT PERSPEKTIV PÅ VÅRDANDE

Den kliniska vårdvetenskapen beskriver verkligheten med begrepp som oftast utgår från patientperspektivet. Detta skapar möjlighet för vårdaren att förstå och kunna beskriva sin förståelse för vårdssituationen för andra, exempelvis genom dokumentation (5).

Som vårdare är det viktigt att tänka igenom det som skall göras och varför det görs för att kunna veta hur detta skall göras. Detta är vårdvetenskapliga frågor som forskningen på olika sätt försöker besvara. Som vårdare är det också viktigt att ha förståelse för hela människan och hur människan tolkar och relaterar till detta (5).

Systematisk vårdvetenskap framhåller det som kan skilja vårdvetenskap från annan vetenskap och inriktar sig på studier med vårdhistorisk förankring och grundforskning. Systematisk vårdvetenskap tittar på centrala motiv och metoder samt dess förutsättningar och som kan leda till utveckling av ontologiska ställningstaganden om verkligheten i vården (5).

MAKT

Maktbegreppet är ett centralt begrepp i den här studien. Makt innebär att någon har en position och resurser att styra personer och händelser, en maktställning (6). Då en människa blir patient eller vårdtagare, hamnar denne i underläge och ens liv är i andra människors händer. Personalens makt är stor och huvuduppgiften är att främja patienten och dennes mänskliga värden (7). Enligt Arlebrink (7) medför kunskapen om en annan människa makt över henne. Makt innebär också att personen är en auktoritet. Auktoriteten kan användas för att stärka individens autonomi, men den kan också förstärka makten över en annan människa. Inom sjukvården förekommer dessa maktförhållanden genom att läkaren och sjuksköterskan vanligtvis har större medicinsk kompetens än patienten. Sjukvårdspersonalen är auktoriteter över sina områden men inte över de mänskliga områdena, där är jämställdheten mer påtaglig (7). När det gäller HLR och de närståendes närvaro är det oftast sjuksköterskan som får ta ställning till de närståendes önskan att närvara vid HLR genom den nära kontakt de vanligtvis har med de närstående (4).

SJÄLVKÄNSLA

Sjuksköterskor som bjuder in närstående att närvara vid HLR har betydligt bättre självkänsla och kan se fler fördelar och mindre risker med att ha med närstående vid HLR, detta visar en studie gjord i USA där de studerade sjuksköterskors uppfattning kring fördelar och risker med familjens närvaro vid HLR (8).

LIDANDE

Sjuksköterskans vårdvetenskapliga perspektiv och människosyn är grundläggande i mötet med patienten också när det gäller närståendes närvaro och delaktighet i vården. Enligt Trammel (9) är närstående en del av omvårdnaden men patienten är tydligt i fokus i hennes om-

vårdnadsperspektiv. När en sjuksköterska närmar sig ett mellanmänniskt möte så identifierar hon/han med hjälp av omvårdnadens specifika metoder, behov hos exempelvis närstående. Sjuksköterskan observerar närstående för att kartlägga behov. Sjuksköterskan bedömer hur hon/han bäst kan tillgodose närståendes behov och utformar en plan för att förebygga och lindra lidande men också finna meningen med det. Slutligen utvärderar sjuksköterskan i vilken grad omvårdnadsåtgärderna gett resultat (9).

Sjuksköterskans människosyn påverkar hennes arbete i alla livets områden. Vilken syn sjuksköterskan har på människan har betydelse för vilken hållning han/hon har på liv och död, hälsa och sjukdom samt vilket värde varje person har som sjuksköterskan möter (10).

Lidandet är en del av livet som alla möter förr eller senare. Alla människor kommer någon gång att möta smärta eller sjukdom dvs. fysiskt eller psykiskt lidande. Lidandet är personligt och kan upplevas på olika sätt. Människan bär förmågan att på ett personligt och individuellt sätt söka en mening med lidandet (10). Sjuksköterskan har en viktig roll i att förmedla trygghet till de lidande människorna omkring sig och hjälpa dem att finna en mening. Travelbee (10) beskriver att individen är oersättlig och unik på det sätt att den skiljer sig från andra människor. Människan påverkas av miljö, arv, erfarenheter och kultur och kan tänka rationellt och logiskt (10). Travelbee (10) har definierat sjuksköterskan som en del i en mellanmännisklig process där den professionella kliniska sjuksköterskan hjälper en person, familj eller ett samfund att förebygga eller hantera upplevelsen av sjukdom och lidande och om nödvändigt finna mening i dessa erfarenheter.

AKTUELLT FORSKNINGSLÄGE

I slutet på 80-talet började det ifrågasättas varför närstående utesluts vid HLR av en nära familjemedlem. Redan då visar forskning att närstående kan vilja vara med en nära familjemedlem som kan avlida även om HLR-insatser görs. De finner även att en sådan erfarenhet, att få närvara som närstående har hjälpt sörjandet för många och att närstående inte har stört eller påverkat de medicinska insatser negativt vid HLR (11).

Flera studier visar att närståendes närvaro vid HLR innebär fördelar för närstående, då kan de se att allt som gick att göra blev gjort för deras älskade. Studierna visar också att de närståendes ångest och sorgprocess kan underlättas (11-14). Vi har dock inte funnit några studier som direkt berör intensivvårdssjuksköterskans tankar kring närståendes närvaro vid HLR, därför har vi valt att fokusera på detta ämne.

För att få fram den senaste forskningen kring intensivvårdssjuksköterskans tankar kring att ha med närstående vid HLR så har vi sökt artiklar via databaserna Cinahl och Pubmed. Sökningarna via databasen Cinahl gav oss dock fler resultat än de vi valde via databasen Pubmed. Sökningen av artiklar gjordes under hösten 2008 och våren 2009. Sökningen och urvalet begränsades delvis till granskade forskningsartiklar (peer reviewed och research article) som var publicerade mellan 1980 - 2009. Sökorden som användes var följande: resuscitation, critical care nurses, family presence, family members, intensive care unit, nurses attitudes, family member presence, CPR (cardiopulmonary resuscitation) och self-confidence. Övriga artiklar som vi har valt att inkludera i studien me har vi funnit genom andra valda artiklars referenslistor men även genom artiklar relaterade till sökningar vi har gjort.

Tabell 1: Litteratursökning

Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Använda artiklars referensnummer
Cinahl	Resuscitation + critical care nurses + family presence	Peer reviewed, research article.	7	19
Cinahl	Resuscitation + family members	Peer reviewed, research article.	78	14, 18, 33, 35
Cinahl	Resuscitation + intensive care unit + nurses attitudes	Peer reviewed, research article.	9	20
Cinahl	Resuscitation + self-confidence + family presence	Peer reviewed, research article.	1	8
Cinahl	Resuscitation + nurses attitudes + family presence	Peer reviewed, research article.	3	4, 38
Cinahl	Family nursing + intensive care		21	15, 16
Pubmed	Family member presence + CPR		37	17

Sjuksköterskans perspektiv

Intensivvården har haft en omvårdnadsutveckling som idag innefattar närstående mycket mer än tidigare Robb (15). Studier visar att det är viktigt att bemöta närståendes ångest och stress så att detta inte överförs till patienten. Eftersom patienten befinner sig i en fysiologisk kris kan närstående befinna sig i en psykologisk kris (15). Robb (16) belyser vikten av att identifiera de närståendes behov. För sjuksköterskan är det viktigt att inge hopp till de närstående. Det är även viktigt för närstående att känna att personalen bryr sig om patienten och att de närstående får tillräckligt med information som de kan förstå (16).

En enkätundersökning från 2002 visar att den hälso- sjukvårdspersonal som inte medger närståendes närvaro under HLR gjorde så av det skälet att man fruktar för det psykologiska trauma som skulle kunna uppkomma för de närstående och att det kan uppstå en prestationsångest som påverkar HLR-teamet så att de blir distraherade i sitt arbete (17). I en studie framkommer

att majoriteten av sjukvårdspersonal som inte har erfarenhet av att ha med närstående vid HLR också var oroliga för den psykologiska påfrestning som kan uppstå för de närstående (18).

Pediatriska intensivvårdssjuksköterskor är mer vana vid närståendes närvaro vid HLR än intensivvårdssjuksköterskor som vårdar vuxna. De pediatrika sjuksköterskorna verkar mer positiva till de närståendes närvaro vid HLR (19). Detta stöds även i en studie gjord av Jarvis (20) där pediatrika intensivvårdssjuksköterskors och den medicinska personalens attityder kring närståendes närvaro under HLR studerades. Resultatet visade att majoriteten var positiva till närståendes närvaro men kände även en viss oro och tvivel på grund av den ökade stress som personal och föräldrar kan uppleva (20).

Merparten av personal som inte har haft med närstående under HLR trodde att närvaron skulle öka det psykologiska lidandet för närstående. Sjukvårdspersonal ansåg att en handlingsplan som innefattade de närståendes närvaro under HLR var positivt både för närstående och personalen (18).

Patientens perspektiv

En patient är en människa som blir föremål för medicinsk eller psykiatrisk behandling (6). Till medicinsk behandling innefattar vi även HLR. I detta arbete används benämningen patient i huvudsak.

Det finns ett fåtal undersökningar som har studerat hur patienter som överlevt känner inför att ha med närstående vid HLR (18). I en studie av Eichhorn et al (21) framkommer att patienterna som genomgår invasiva procedurer eller HLR känner tröst i närståendes närvaro. Det framkommer vidare i studien att gemensamt för patienterna som haft med närstående under HLR är att de kände sig säkrare och mindre rädda. De kände sig även mer älskade, upplevde mer stöd och kände sig mindre ensamma. De trodde också att personalen ansträngde sig mer. Patienterna kom dock inte ihåg sina närstående under HLR (21).

Närståendes perspektiv

I litteraturen används olika begrepp för patientens närstående såsom; relatives, close relatives, families, family members och next of kin. I detta arbete används benämningen närstående genomgående för patientens anhöriga såsom familj, vänner och bekanta.

Närstående är personer som är bekanta eller nära besläktade med patienten. De kan vara familjemedlemmar eller andra nära släktingar (6). I detta innefattar vi familj – make, maka, syskon, mor, far, mor och far föräldrar. Även nära vänner och släktingar innefattas i arbetet i detta begrepp. De är någon som patienten delar en etablerad relation till.

De flesta närstående och patienter är positiva till närståendes närvaro under HLR. De upplevde en känsla av stöd och samhörighet. Närstående tyckte att möjligheten att medverka hjälpte dem i deras sorgprocess (18). Bland behoven som närstående kan ha innefattas möjligheten att få känna hopp, antingen om förbättring i patientens tillstånd eller om en fridfull och smärtfri död (16).

Enligt HLR-rådets arbetsgrupp för etik, skulle en sjukhusövergripande policy om att personal ska invitera närstående kunna öka antalet närstående som tillfrågas (22). Detta scenario bör

personalen självklart träna på under utbildningar. Om närstående inte får närvara trots att de själva önskar det bör det finnas speciella skäl till varför de inte tillåts närvara, exempelvis ett stort livshotande trauma, mycket blod eller många personer kring britsen. Däremot får inte arbetets effektivitet inskränkas av att närstående är närvarande vid HLR. Det är den patientansvariga läkaren eller läkaren som leder HLR som främst står som huvudansvariga för beslutet om närståendes eventuella närvaro (22).

Närståendes närvaro under HLR har också studerats av European federation of Critical Care Nursing associations (EFCCNA), European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) och European Society of Cardiology Council (ESC) on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP) (23). De har gjort ett gemensamt ställningstagande och rekommenderar att alla patienter bör ha rätt till att ha närstående närvarande under HLR och att närstående borde erbjudas möjligheten att vara närvarande. Vidare bör närstående till en patient som närvarar vid HLR omhändertas av professionell kvalificerad hälso- sjukvårdspersonal och erbjudas professionell rådgivning efteråt. De efterlyser också gemensamma ställningstaganden om att närståendes närvaro under HLR bör ingå i handlingsplanen för hjärt-lungräddning och dess träningsprogram. Alla intensivvårdsavdelningar bör också ha tvärprofessionella riktlinjer som beskriver närståendes närvaro under HLR (23).

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva intensivvårdssjuksköterskans tankar om att ha närstående närvarande vid hjärt- lungräddning.

METOD

Vi har valt att göra intervjuer som analyserats enligt kvalitativ innehållsanalysmetod. Detta för att studera och belysa intensivvårdssjuksköterskans tankar om att ha närstående närvarande vid HLR. Intervjuerna har genomförts med hjälp av en intervjuguide med halvstrukturerade frågor. Intervjuerna som spelades in på band har analyserats enligt kvalitativ innehållsanalys.

Det fanns två huvudfrågor som kompletterades med följdfrågor. Huvudfrågorna var följande;

- Vad är Dina tankar om att ha med närstående vid HLR?
- Hur ser det ut på Din arbetsplats gällande närståendes närvaro vid HLR?

Den kvalitativa forskningsintervjun syftar till att förstå ämnen från vår livsvärld och den intervjuades eget perspektiv är i fokus. En forskningsintervju kan likna ett vardagligt samtal men där den professionella intervjuaren har en frågeteknik och ett angreppssätt av utmärkande slag. Den kvalitativa forskningsintervjun är tekniskt sett halvstrukturerad. Den kvalitativa forskningsintervjun är alltså varken ett strängt strukturerat frågeformulär eller ett öppet samtal. Genomförandet sker enligt en intervjuguide och fokuserar på vissa teman där det kan finnas förslag till frågor. Den inspelade intervjun skrivs sedan ut. Den skrivna texten utgör sedan material för följande tolkning jämte bandinspelningen (24).

Kvalitativ innehållsanalys är en vetenskaplig teknik och har ett eget sätt att analysera data (25). Enligt Krippendorff (25) så är innehållsanalys ett viktigt bidrag för reliabilitet och validitet inom den kvalitativa forskningen.

Kvalitativ innehållsanalys är lämplig för att identifiera variationer med tanke på likheter och skillnader i en text (26). För att ett resultat skall anses giltigt inom kvalitativ forskning bör det lyfta fram karaktäristika som representerar det typiska för det som avses beskrivas (27).

URVAL

Intervjuer kommer att ske med cirka tjugo intensivvårdssjuksköterskor. Inklusionskriterier är att de skall ha tjänstgjort i minst fem år och inte haft med närstående vid HLR. Exklusionskriterier är intensivvårdssjuksköterskor som inte arbetat kontinuerligt i vården i fem år, som exempelvis haft administrativa uppgifter. Detta har vi valt för att informanterna skall ha erfarenhet som intensivvårdssjuksköterskor men som ändå inte har en erfarenhet av att ha närstående med vid HLR för att kunna fånga upp deras tankar och föreställningar. Informanterna väljs från en medelstor intensivvårdsavdelning. Till pilotstudien valdes att göra intervjuer med två informanter från en och samma intensivvårdsavdelning med samma inklusions- och exklusionskriterier som för den fullskaliga studien.

DATAINSAMLING

Data samlades in med hjälp av intervjuer som spelades in på band. Dessa transkriberades, bearbetades och analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys (28). Intervjuerna skall till den fullskaliga studien ske i en miljö där informanterna känner sig bekväma. Informanterna skall ha möjlighet att påverka valet av plats, om det är på den egna arbetsplatsen eller i hemmet, bara det är en miljö där intervjun kan ske så ostört som möjligt (29). Till pilotstudien gjordes intervjuer på informanternas egen arbetsplats enligt informanternas önskemål. Intervjuerna genomfördes enligt en framarbetad intervjuguide med huvudfrågor och underfrågor och tog olika lång tid beroende på informantens delaktighet och förmåga att berätta.

BEARBETNING OCH ANALYS

Bearbetning och analys utfördes enligt kvalitativ innehållsanalys (28). Stegen i bearbetning enligt den kvalitativa innehållsanalysen redogörs nedan. Enligt Granskär & Höglund-Nielsen (26) används kvalitativ innehållsanalys bland annat inom vårdvetenskapen för att tolka texter. Kvalitativ innehållsanalys kan göras manifest eller latent. Det manifesta innehållet håller sig nära texten (28).

De transkriberade intervjuerna lästes igenom flera gånger för att uppnå en känsla av helhet. Därefter har analysen och bearbetningen skett utifrån följande moment enligt Graneheim & Lundman (28):

- **Meningsenhet:** Är meningar, ord eller stycken med samma innehåll och sammanhang. Analysenhetens domäner bearbetades och sorterades i meningsenheter som bör vara lagom stora och utgöra grunden för analys. Är de för små kan det bli för fragmenterat.
- **Kondensering:** Texten kortades ner för att göras mer lätthanterlig samtidigt som innehållet bevaras.
- **Abstraktion:** Efter kondensering så abstraherades texten som kondenserats. Detta innebär att innehållet lyfts till en mer logisk nivå. Tillförlitlighet kontrolleras mot meningsenheterna och den kondenserade texten.
- **Kodning:** Den kondenserade meningsenheten som abstraherats får en etikett som kort beskriver innehållet. När koden skapas bör hänsyn tas till kontext i meningsenheten.
- **Kategori:** Flera av koderna som har liknande innehåll utgör en kategori. Inga data får passa in i fler än en kategori eller falla mellan två kategorier. Kategorin ska svara på VAD frågan och kan innehålla flera underkategorier.
- **Tema:** Temat utgör den röda tråden för återkommande mening i kategorierna. Temat svarar på frågan HUR. Tema kan finnas i underteman också.

Tabell 2: Exempel på analysens arbetsgång

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Kod	Kategori	Tema
Inte lämpligt. Skulle nog be dem gå ut. Stor känslomässig belastning för närstående. Väldigt beroende på personalen, hur de uppträder, hur duktiga och professionella de är.	Inte lämpligt att ha med närstående, det blir en känslomässig situation för närstående.	Tveksamhet inför att ha med närstående vid HLR.	Tveksamhet och olust.	Olust och osäkerhet inför att ha med närstående vid HLR.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

För att skydda individen som ingår i forskningen så har det upprättats fyra allmänna huvudkrav:

Informationskravet - Alla berörda som deltar i forskningen skall informeras om den aktuella forskningsuppgiftens syfte. Deltagaren skall informeras om att deltagandet är frivilligt och att det kan avbrytas (30).

Samtyckeskravet - Deltagaren har själv rätt att bestämma om den skall vara delaktig i undersökningen. Forskaren skall inhämta forskningsdeltagarens samtycke (30).

Konfidentialitetskravet - Uppgifter skall behandlas konfidentiellt och personuppgifter skall förvaras säkert så att obehöriga inte ska kunna ta del av dem. Alla personer som arbetar inom forskningsprojektet och som kan omfatta användandet av känsliga etiska uppgifter om identifierbara enskilda individer bör underteckna tystnadsplikt om dessa uppgifter (30).

Nyttjandekravet - Användandet av insamlade uppgifter om enskilda personer skall endast användas för forskningens ändamål och inte för andra icke-vetenskapliga syften eller för kommersiellt bruk (30).

Grundläggande etiska principer

Kraven för forskningsetik grundas i de etiska principer som finns med i Förenta Nationernas deklaration om de mänskliga rättigheterna men även i Helsingforsdeklarationen. Principerna utgör huvudsakliga riktlinjer för god etisk standard inom forskning som har med människor att göra. Omvårdnadsforskning är vägled av följande etiska principer som; principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada och principen om rättvisa (31).

Principen om autonomi har i denna studie bevarats genom att informanterna själva fått välja om de vill delta samt fått lämna samtycke. Informanterna har fått information om att de när-

somhelst kan avbryta deltagandet. Autonomin har också bevarats genom att data har behandlats konfidentiellt. Principen om att göra gott har efterföljts genom att studien försöker belysa intensivvårdssjuksköterskans tankar om de närståendes närvaro vid HLR som syftar till att öka medvetenheten och förhoppningsvis förbättra omvårdnaden i dessa situationer. Principen om att inte på något sätt skada informanten minimeras genom att förvara inspelat intervju-material inlåst och skyddat från obehöriga. Informanterna har också avidentifierats för att skyddas ytterligare.

Enligt etikprövningsnämnden skall det göras en riskbedömning för medverkande personer i studien (32). Dessa risker är minimala enligt forskarna och forskningspersoninformationen i denna pilotstudie har genomgått en intern etisk granskning av institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet. Då intervjuerna skett på informanternas arbetsplatser skulle detta kunna vara en nackdel då andra medarbetare kan räkna ut vilka informanterna är när de läser denna studie. Det kan bli svårare att avidentifiera personer.

Nytan med denna studie överväger riskerna då intensivvårdssjuksköterskor kan bli mer uppmärksamma och medvetna om sina tankar och förhållningssätt till närståendes närvaro vid HLR vilket i sin tur kan öka förutsättningarna för god omvårdnad och gott bemötande av närstående och deras behov. Detta skulle även kunna leda till att hela HLR organisationens medarbetare uppmärksammar detta mer inom all intensivvård och HLR-verksamhet.

RESULTAT

Resultatet består av ett övergripande tema, tre kategorier med nio olika koder utifrån analysen av intervjuerna. Intervjuerna har gjorts med intensivvårdsjuksköterskor för att studera deras tankar om närståendes närvaro vid HLR. Alla kategorier och koder är lika viktiga och inget material har fallit mellan olika kategorier eller inom samma.

Tabell 3: Resultatöversikt

Kod	Kategori	Tema
Tveksamhet inför att ha med närstående vid HLR	Tveksamhet och olust	Olust och osäkerhet inför att låta närstående delta vid HLR
Olustkänslor inför att ha med närstående vid HLR		
Vacklande föreställningar om närståendes reaktioner och kaos som kan utbryta.		
Ser fördelar med att närstående närvarar vid HLR då de ser att personalen gjort allt som gick att göra.	Möjligheter och hinder	
Ser fler nackdelar med att närstående närvarar vid HLR då de kan bli utagerande och störa arbetet.		
Arbetsplatsen saknar rutiner för närståendes närvaro vid HLR.	Begränsad handlingsberedskap	
Beredskap och resurser saknas formellt.		
Saknas öppenhet för närståendes närvaro vid HLR.		
Stöd och handledning saknas - prioriteras inte som förr.		

Resultatet utmynnade i ett övergripande tema; olust och osäkerhet inför att låta närstående delta vid HLR. Nedan följer resultatets kategorier och koder.

TVEKSAMHET OCH OLUST

Intensivvårdssjuksköterskorna kände tveksamhet och olustkänsla inför närståendes närvaro vid HLR. De uttryckte även en oro för att närstående skulle kunna ta resurser från patienten.

Tveksamhet inför att ha med närstående vid HLR

Det framkom att intensivvårdssjuksköterskorna inte tycker att det är lämpligt att närstående närvarar vid HLR. De menade att det kan bli en stor känslomässig belastning för de närstående då de kan reagera väldigt olika. Om det blir panik eller rörigt på rummet så är det inte önskvärt att ha med närstående vid HLR. Det skulle kunna vara bra om alla i personalgruppen vet vad de skall göra.

”Rent spontant tycker jag väl inte det är så lämpligt... Jag skulle nog be dem gå ut...”

”Det beror väldigt mycket på läkaren och den ledande sjuksköterskan, hur de uppträder. För är det personer som inte uppträder professionellt eller som kan vara professionella fast de inte har ett professionellt uttryck, då är det inte bra med anhöriga där”.

Olustkänslor inför att ha med närstående vid HLR

Det beskrevs att det fanns svårigheter att ge tid till närstående i samband med stressen under HLR och att personalen kan verka osäker och stressad. Detta skapade en olustkänsla inför att ha närstående närvarande vid HLR. Det framkom också en oro över att det kan uppstå situationer då närstående kräver mycket information och de kan reagera på ett känslomässigt sätt som det kanske inte finns tid eller utrymme för att hantera just då. De menar vidare att om sjuksköterskan är trygg med övriga medarbetare så ger det bättre förutsättningar för närstående att närvara.

”Jag tror jag skulle känna mig olustig för det är en situation man måste ta tag i efteråt och då känner man att man måste reda upp den situationen och förklara då.”

”Man är så koncentrerad på vad man gör så risken är att dom kan tycka att man är lite kall...”

Vacklande föreställningar om närståendes reaktioner och kaos som kan utbryta

Närståendes närvaro uttrycktes med blandade föreställningar hos de intervjuade intensivvårdssjuksköterskorna. De menade bland annat det finns en risk att de närstående kan störa arbetet om de skulle reagera starkt känslomässigt och bli

utagerande, men de uttryckte också att det inte alla gånger behövde vara så. De menar att det beror mycket på vilka närstående det är. Det beskrivs även att det krävs ett bra samspel mellan personalen. Det kan bli mycket komplicerat om några få i personalgruppen vid en HLR situation inte är överens om att de närstående ska närvara.

”Är det någon anhörig som börjar bli väldigt utagerad och börjar ta personalens uppmärksamhet, då är det inte lyckat”

”Tror inte de själva skulle störa arbetet. Men det är om dom skulle få... något bryt då... Dom kan ju bryta ihop där på salen och de kan ju bli galet alltihop. Det kan bli helt ohållbart”

MÖJLIGHETER OCH HINDER

Informanterna ser både fördelar och nackdelar med att ha närstående närvarande vid HLR men i deras beskrivningar så framträder nackdelarna tydligare.

Ser fördelar med att närståendes närvaro vid HLR då de ser att personalen gjort allt som gick att göra

Det kan vara positivt för närstående att själva se att personalen gör allt de kan för patienten och det kan i sin tur hjälpa närstående att förstå bättre även om det kan vara svårt att tänka logiskt i en sådan situation. De ser att personalen inte varit passiva i HLR situationen.

”Det är att dom ser att alla har jobbat för att patienten skall överleva.”

Ser fler nackdelar med att närstående närvarar vid HLR då de kan bli utagerande och störa arbetet

De nackdelar som kan finnas överväger i intensivvårdsjuksköterskornas berättelser. De menar att det krävs mer personalresurser för att kunna stå bredvid närstående i en HLR situation och förklara vad som händer och sker. Det kommer då att ta tid från patienten och även uppmärksamhet från patienten om de bryter ihop eller är i vägen för personalen.

”Dom får ju vara vid sina sinnens fulla bruk. Dom får ju inte vara onyktra, eller ja. Dom får förstå att vi jobbar med patienten. Dom får inte försöka gå fram och lägga sig i... Om det stör arbetat, ja, om dom är i vägen. Om dem börjar dra i personalen. Då vill jag inte ha dem där”.

BEGRÄNSAD HANDLINGSBEREDSKAP

Intensivvårdssjuksköterskorna berättade att läkaren påverkar situationen väldigt mycket eftersom det oftast är de som avgör om närstående får vara med eller inte. Intensivvårdssjuksköterskornas erfarenhet är att närstående inte erbjuds närvara. Dessutom kan det saknas hand-

ledning och uppföljning av vissa HLR situationer eller liknande svåra situationer. Dock framkommer det att det har funnits bättre handledning/debriefing tidigare.

Arbetsplatsen saknar rutiner för närståendes närvaro vid HLR

Det framkom i intervjuerna att det saknas rutiner och handlingsplaner på arbetsplatsen när det gäller närståendes närvaro vid HLR, men att det inte är något de saknat eller efterfrågat. Intensivvårdssjuksköterskorna är dock skeptiska till om de behöver något nedskrivet då det är väldigt olika från fall till fall och vilka närstående det är.

”... är anhöriga där och patienten plötsligt skulle få ett hjärtstopp så beror det nog på personalen om anhöriga får stanna därinne eller inte och att det även beror på vilka anhöriga det är. Så det är nog från gång till gång och många saker som man väger in i det hela. Dels vilken personal du har med, vilken uppfattning den personalen har och vilka anhöriga du har att göra med... ligger dem på en större sal så blir det ganska rörigt... och ligger det en patient bredvid ... kommer det in jättemycket folk... och så anhöriga... de skjuts längst bort och då vet jag inte om det är så lyckat heller. Det är svårt.”

Beredskap och resurser saknas formellt

Närståendes närvaro vid HLR styrs till stor del av vilken personal som är ansvarig just då och vilken uppfattning de har om detta. Läkaren har också stor betydelse i beslutet om att ha med närstående vid HLR.

”... det finns en beredskap någonstans även om det inte är nedfuntat”

Saknas öppenhet för närståendes närvaro vid HLR

De intervjuade intensivvårdssjuksköterskorna har båda arbetat i över fem år och har inte någonsin haft närstående närvarande vid HLR.

”Är anhöriga på salen så brukar de få gå ut då. Vi brukar köra den stilen. Sedan får vi prata med dem efteråt. Jag har faktiskt inte varit med om den situationen att dom har insisterat på att få vara med. Eller krävt att få vara med.”

”... om jag kanske själv tycker att det är ok ... det kanske finns annan personal som inte tycker att det är ok ... Det är det som är ett krux i det hela. Det finns dom som tycker att det är uppåt väggarna att de ska vara med”.

Stöd och handledning saknas - prioriteras inte som förr

Det har tidigare varit mer aktivt med handledning men detta fungerar inte lika bra längre. Intensivvårdssjuksköterskorna säger samtidigt att de inte saknar någon handlingsplan.

”Det tycker jag att vi har blivit sämre på. Handledningen, ett tag var det mer aktivt på avdelningen med handledning och uppföljning och nu tycker jag att det har blivit sämre tyvärr. Men jag har inte gjort något aktivt åt det själv”

METODDISKUSSION

Vi har valt att göra en intervjustudie för att beskriva intensivvårdssjuksköterskors tankar kring att ha med närstående vid HLR.

Eftersom kvalitativ innehållsanalys kan göras manifest eller latent (28) ansåg vi att den lämpade sig väl för denna studie. Då vi inte ville tolka texterna på avancerad nivå har vi valt att göra en manifest analys och strävat efter att hålla oss så nära texten som möjligt. Med ökad kunskap och förmåga kan metoden avanceras till att tolka underliggande mening som är det latent innehåll men med olika nivåer av abstraktion (28).

Detta resultat bygger på en pilotstudie och en fullskalig studie behövs för att undersöka detta ur ett vidare perspektiv och för att kunna se större variationer. Skulle denna studie genomföras i större omfattning, med ett större antal informanter anser vi att det finns en bra struktur i metoden som skulle underlätta analysens gång. En klar fördel är att den kvalitativa innehållsanalysen kan genomföras i olika tolkningsnivåer. Forskaren kan själv välja om analysen skall göras manifest eller latent.

Det används dock olika begrepp för de olika stegen i analysen av olika författare till metoden. För att uppnå användbarhet och klarhet är det viktigt att identiska termer och koncept används (27). Vi har därför valt att hålla oss till Graneheim och Lundman (28) i huvudsak och sedan kompletterat förståelsen av metoden med hjälp av Granskär och Höglund-Nielsen (26).

Vi har läst intervjuerna upprepade gånger samt bearbetat och analyserat intervjutexterna enligt metoden. Efter analysen har vi gått tillbaka till texterna för att granska trovärdigheten. Genom att kontrollera att tema, kategorier, koder, kondenserade meningsenheter och meningsenheter överensstämmer kontrolleras det att inga delar kan hamna under två olika kategorier eller koder.

Studier med kvalitativ ansats varierar mellan distans och närhet. För trovärdighet inom kvalitativ tradition används begrepp som överförbarhet, tillförlitlighet och giltighet (26). Inom kvalitativ innehållsanalys handlar trovärdighet om hur väl kategorier och teman täcker över data. Alltså att inga relevanta data oavsiktligt eller systematiskt exkluderats eller att irrelevant data inkluderats. Trovärdighet inkluderar också frågan om överförbarhet till den graden att fynden kan överföras till andra miljöer/omgivningar eller grupper. Om fynden presenteras på ett sätt som tillåter läsaren att hitta alternativa tolkningar ökar trovärdigheten (28). Genom att noggrant förklara urvalet och analysarbetet så kan giltighet i tolkningarna lättare också bedömas av läsaren (26). Genom att använda citat från informanterna har vi försökt stärka resultaten men även för att öka trovärdigheten och möjligheten för läsaren att själv tolka.

Intervjuerna varade mellan tjugo till trettio minuter och gav ett material på cirka sex sidor med enkelt radavstånd. Ett intervjumaterial som skulle vara längre skulle ge mer analysmaterial att grunda resultatet på. Intervjuerna kanske hade blivit mer innehållsrika om intervjuetniken utvecklades med ökad erfarenhet samt kunskap om hur intervjuer lämpligast kan genomföras.

Vi anser att materialet kan vara tillräckligt för att kunna göra en analys av intervjuerna för att uppnå ett resultat i förhållande till antalet informanter. Det ställdes två öppna frågor med

följdfrågor vilket gav tid till reflektion för informanterna. Det fanns därför god tid avsatt för att informanterna inte skulle behöva känna sig stressade.

När det gäller referenserna som använts i denna pilotstudie så har vissa varit äldre men som vi ändå funnit ett värde av att ta med då de styrker och ligger till grund för den senare forskning som vi redogör för.

RESULTATDISKUSSION

I denna pilotstudie framkom det att intensivvårdssjuksköterskorna inte ansåg att det var lämpligt att ha med närstående vid HLR. De kände olust och osäkerhet över att ha med närstående vid HLR, de var också oroliga för den stora känslomässiga belastning som detta kan innebära för de närstående. Liknande uppfattning ser man beskrivet i andra studier. Duran et al (33) skriver att hälso- och sjukvårdspersonal upplever en oro inför hur närstående kan reagera när de närvarar vid HLR men också hur de kommer att minnas den sista tiden med sin älskade och att de då kan bli traumatiserade. De är också oroliga för att närstående ska tappa kontrollen och störa vården av patienten (17,33).

Flera studier visar att sjuksköterskor har en känsla av att vara övervakade av närstående och att det skulle öka ångesten hos personalen när närstående tittar på (17,33,34). Flera sjuksköterskor i undersökningen av Knott och Kee (34) uttrycker att personalens beteende skiljer sig vid HLR när närstående är närvarande. Vårdpersonalen skärpte sig mer och tänkte bland annat mer på hur de uttryckte sig (34). Intensivvårdssjuksköterskorna i pilotstudien har aldrig haft med närstående och kan därför inte värdera om de skulle arbeta annorlunda om närstående skulle vara närvarande men de tar upp flera farhågor de upplever inför att ha närstående närvarande. Duran et al (33) tar upp att närvaron av närstående vid HLR kan resultera i en brist på diskussion i arbetslaget. Vidare menar de att denna brist på diskussion skulle kunna påverka besluten och hämma samtidig undervisning genom att närstående skulle kunna tolka det som inkompetens (33).

Hälso- och sjukvårdspersonal kan uppleva att närstående som närvarade vid HLR inte är väl förberedda och att de skulle kunna störa behandlingen (33). Intensivvårdssjuksköterskorna i pilotstudien tyckte också att det inte finns tillräckligt med personal som kunde ta hand om de närstående och att närstående kunde störa behandlingen. Närstående behöver förberedas innan de får närvara vid HLR med exempelvis hur patienten kan se ut, hur mycket personal det är runtomkring och hur rummet ser ut. Nyckel till en lyckad närvaro av närstående vid HLR bygger på en entusiasm och att personalen som är involverad stödjer denna tanke (35).

Intensivvårdssjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal har makt att avgöra om närstående får närvara vid HLR. Vi tror att intensivvårdssjuksköterskor inte alltid är medvetna om den makt som ingår i deras ansvarsroll och hur det kan påverka både patienten och närstående.

I en studie av Twibell et al (8) framkom att sjuksköterskornas uppfattningar om fördelar, risker samt självkänsla var påtagligt och starkt sammankopplade. Sjuksköterskor som inbjöd närstående att närvara under HLR var påtagligt mer självsäkra när de hanterade detta och uppfattade mindre risker och mer nytta (8). Eftersom intensivvårdssjuksköterskorna i pilotstudien aldrig har haft med närstående så har de inte denna erfarenhet vilket verkar resultera i den

olust de känner inför situationen. De kände att de i sådana fall måste ta tag i situationen efteråt. De ansåg att de skulle kunna få mycket frågor som de bara kanske har tid att besvara efteråt. Deras självkänsla och trygghet i detta kanske skulle stärkas om de började ha närstående närvarande vid HLR-situationer.

Intensivvårdssjuksköterskorna i pilotstudien kan se värdet av att ha med närstående vid HLR men nackdelarna är mer påtagliga. En positiv aspekt var att de närstående ser att personalen gör allt de kan för deras älskade. Liknande perspektiv finns beskrivet i andra studier. I en studie av Knott och Kee (34) beskriver sjuksköterskor flera skäl för och emot närståendes närvaro under HLR. Positiva skäl som de uppgav till att inbjuda närstående vid sängkanten var att öka möjligheten för närstående att få ett avslut efter döden, medgivandet till närståendes rätt att få vara med sin älskade oberoende av situationen och möjlighet för närstående att se beslutsamhet och omfattningen av vården i försöket att rädda deras älskade (34).

Intensivvårdssjuksköterskorna i vår pilotstudie beskriver dock en viss oro för att inte personalresurserna ska räcka till. Detta framkommer också delvis i en studie av Knott och Kee (34) där skäl för att utesluta närstående från att få närvara var brist på utrymme vid sängkanten, den potentiella negativa psykologiska effekten på de närstående och en oförmåga att tilldela en personal som kan vara med den närstående. Intensivvårdssjuksköterskornas oro inför närståendes eventuella känslomässiga reaktioner verkade styra möjligheterna för närstående att kunna närvara. Det framkom flera olika föreställningar i pilotstudien om hur närstående skulle kunna reagera, exempelvis hysteriskt eller bryta ihop och klänga på personalen som är kring patienten. Det framkom vidare att intensivvårdssjuksköterskorna i pilotstudien oroade sig för att närstående kunde störa arbetet med patienten och att samspelet i personalgruppen kunde påverkas negativt om inte alla var överens om att de närstående bör närvara.

Sjuksköterskan har helt klart en möjlighet att påverka närståendes närvaro vid HLR men även andra yrkeskategorier i personalgruppen påverkar sjuksköterskans öppenhet till att inbjuda närstående eller ej. Det är dock väldigt tydligt att den egna uppfattningen påverkar vilka möjligheter intensivvårdssjuksköterskan ger de närstående. Intensivvårdssjuksköterskorna i pilotstudien upplever att de själva inte helt kan bestämma om närstående får vara med vid HLR. Detta på grund av att det alltid är läkaren som tar det slutgiltiga beslutet. På det sjukhuset där intensivvårdssjuksköterskorna som ingick i denna pilotstudie arbetar, förefaller det som att det är läkaren som avgör om närstående får vara med vid HLR eller inte. Det framkommer dock i en studie av Mian et al (36) att sjuksköterskor oftare än läkare har positiv attityd till att ha med närstående vid HLR. Likaså i en undersökning gjord på hälso- och sjukvårdspersonal, närstående och patienter av Duran et al (33) framkommer det att sjuksköterskor har en mer positiv inställning till de närståendes närvaro än vad läkarna har. Patienterna själva och de närstående var också positiva till att närstående närvarar. Oro som framkom gällande säkerhetsfrågor, prestationsångest hos personal och den emotionella reaktionen hos de närstående (33).

Intensivvårdssjuksköterskorna som ingick i pilotstudien uppger att det oftast inte görs någon uppföljning eller förekommer någon handledning efter en HLR situation. Om detta hade fungerat bättre hade det kanske gjort sjuksköterskor i allmänhet mer uppmärksammade på de närståendes behov och betydelsen av närvaron. Det kanske också kan hjälpa intensivvårdssjuksköterskorna att möta och bearbeta sina egna rädslor och hinder för att låta närstående närvara vid HLR. Det verkar som att handledning och uppföljning har prioriterats bort de senaste åren. Intensivvårdssjuksköterskorna i pilotstudien menar dock att det är svårt att skriva

ner en handlingsplan för en situation som är väldigt annorlunda från fall till fall. Även Duran et al (33) tar upp att det finns ett behov av att bemöta närståendes närvaro individualiserat och unikt för varje situation. I samma studie framkommer det att hälso- och sjukvårdspersonal tycker att närståendes närvaro skall vara ett alternativ och inte en regel och att alla faktorer bör tas i beaktande när man bestämmer om närstående skall närvara vid en patient. De verkliga fördelarna för närstående, personalgruppen och patienten kan bara uppstå när alla involverade stödjer närståendes närvaro vid HLR (37). Detta tas även upp av Knott och Kee (34) som beskriver att om det inte finns någon policy för närståendes närvaro vid HLR, blir beslutet upp till den sjuksköterska som arbetar på det aktuella skiftet och grundar sig på vad denne upplever som bäst för patientens intresse (34).

Intensivvårdssjuksköterskorna i pilotstudien har arbetat länge som intensivvårdssjuksköterskor. Ändå har de aldrig haft med närstående vid HLR. Detta kan tyda på att det inte finns en öppenhet inför detta. Det kan också bero på att det finns en kultur bland vårdpersonalen på avdelningen eller kanske på hela sjukhuset som präglar intensivvårdssjuksköterskorna och som gör det svårare för dem att våga erbjuda närstående att närvara vid HLR.

Knott och Kee (34) menar att eftersom de närståendes närvaro inte är en traditionell praxis kommer det heller inte bli naturligt övervägt om det inte uppmärksammas mer bland sjuksköterskor. Det behövs också då en förändring av föreliggande arbetssätt (34).

Chritchell och Marik (37) har gjort en litteraturoversikt där de studerat vad forskningen säger om att närstående ska närvara vid HLR. De har funnit att det finns mycket underlag som stöder att närståendes närvaro under HLR är fördelaktigt. Få sjukhus har utvecklat en formell policy gällande närståendes närvaro vid HLR. Varje sjukhus bör överväga inrättandet av formella program för att närstående ska få närvara vid HLR. Programmen bör innehålla riktlinjer för att begränsa antalet närstående till endast närmaste familjemedlemmar, och det är viktigt att fastställa deras känslomässiga förmåga så att de klarar av att bevittna en HLR situation och ha utbildad personal som är omedelbart tillgängliga för att förbereda närstående för vad de kommer att se och stödja dem under och efter upplevelsen (37). Formuleringen av strukturella riktlinjer som reglerar närståendes närvaro vid HLR kan behandla eller lindra mycket av personalens oro och funderingar (35).

Vi anser att om intensivvårdssjuksköterskorna i pilotstudien hade haft genomarbetade riktlinjer, som ofta diskuterades på arbetsplatsen, skulle de varit mer positivt inställda och haft mindre olustkänslor kring att ha med närstående vid HLR. Att ha med närstående vid HLR är också en kontroversiell fråga (35). En konfliktlösning mellan vårdgivare bör dock åtgärdas innan instiftandet av en formell policy. Det bör även tas hänsyn till patienternas önskningar rörande närståendes närvaro vid HLR innan en sådan händelse uppstår (37). Eftersom HLR till stor del är oplanerad så är ett HLR-program beroende av en omfattande spridning av information och andra utbildningsinsatser som är utformade för att ändra attityder hos vårdgivare (37). I Sverige är det HLR-rådet som ansvarar för utbildningsprogram i HLR (2). Genom denna pilotstudie vill vi lyfta fram intensivvårdssjuksköterskans tankar om närståendes närvaro vid HLR men också uppmärksamma denna fråga på intensivvårdsavdelningar i allmänhet.

Duran et al (33) skriver i sin amerikanska undersökning att närståendes närvaro helt klart blivit en mer accepterad praxis. Närståendes närvaro kan gynna både patienterna och de närstående. Även om upplevda och verkliga hinder kvarstår så skulle skapandet av en sjukhuspolicy

för närståendes närvaro vara mycket betydelsefull. Det är då viktigt att den policyn tar upp de problem och funderingar som hälso- och sjukvårdspersonalen har och som erbjuder stöd för tillämpandet av den. Med ett tvärvetenskapligt angreppssätt och ett erkännande av det unika i varje vårdssituation, kan närståendes närvaro effektivt och säkert genomföras (33). Utbildningsprogram gällande närståendes närvaro kan frambringa en förändring av sjuksköterskors attityder till att inbjuda närstående vid HLR och invasiva procedurer (38).

Att inte få närvara kan innebära ett lidande för närstående och lidandet kan bli oerhört starkt om de nekas att närvara vid HLR när de själva önskar det. Intensivvårdssjuksköterskorna i pilotstudien hade själva aldrig varit med om att närstående hade insisterat på att få vara med. Att inte ge närstående möjligheten att närvara vid HLR har kortfattat beskrivits av en sjuksköterska som nekades närvaro vid sin makes sista stund och som starkt beskriver upplevelsen av att inte få närvara;

”I don’t know your name, but I will never forget you. You played a part in the most important event in my life. But you didn’t share that painful experience with me; you just happened to be present. I want to leave you with this thought. Death is painful for all families. When it’s expected, family members usually have time to say goodbye. But when death is unexpected, there’s no time for those last intimate moments. I had one opportunity-one moment in time to sit by a stretcher, hold a warm hand, and say goodbye. You stole my moment” (38, sid. 521).

Det skulle vara intressant att undersöka vidare hur intensivvårdssjuksköterskor och olika intensivvårdsavdelningar följer de senaste forskningsrönen som visar att närstående bör erbjudas närvaro vid HLR samt att beredskap bör finnas för att ta hand om närstående vid HLR. Det skulle även vara av intresse att inkludera intensivvårdssjuksköterskor som har erfarenhet av att ha med närstående vid HLR. Detta för att kunna jämföra deras tankar med intensivvårdssjuksköterskor som inte har haft med närstående vid HLR.

KONKLUSION

Intensivvårdssjuksköterskorna som ingick i denna pilotstudie känner en olust och osäkerhet inför att ha närstående närvarande vid HLR. De uppgav fler nackdelar än fördelar och upplevde tydligt att det finns begränsade förutsättningar för att hantera situationer då närstående närvarar. Det saknas beredskap, resurser samt handledning för vårdpersonal för att kunna arbeta men också utveckla sin förmåga att hantera närståendes närvaro vid HLR.

REFERENSER

1. Isaksson L, Ljungquist Å. *Ambulanssjukvård*. Falköping: Liber AB; 1997.
2. HLR-rådet. Svenska rådet för hjärt- lungräddning. Tillgänglig: 090504
Tillgänglig från: <http://www.hlr.nu>
3. Baskett PJF, Steen PA, Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005 Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*. 2005; 67S1:171-180.
4. Fulbrook P, Albarran JW, Latour JM. A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Nursing Studies*, 2005; 42: 557-568.
5. Wiklund L. *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
6. Nordstedts Bokförlag. *Svensk ordbok*. 3. rev. uppl. Norge: AIT Gjøvik AS; 1999.
7. Arlebrink J. *Grundläggande vårdetik – teori och praktik*. Danmark: Naryana Press; 2006.
8. Twibell R S, Siela D, Riwitis C, Wheatley J, Riegle T, Bousman D, Cable S, Caudill P, Harrigan S, Hollars R, Johnson D, Neal A. Nurses' perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care*. 2008;17,(2):101-112.
9. Travelbee J. *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: Davis; 1971.
10. Travelbee J. *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. 1:a utg. 2:a uppl. Köpenhamn: Special-Trykkeriet. Byrens Tryck a-s; 2006.
11. Doyle CJ, Post H, Burney RH, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: an option. *Annals of Emergency Medicine*. 1987; 16(6):673-675.
12. Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL, Egleston CV, Prevost AT. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *The Lancet*. 1998;352:614-617.
13. Meyers TA, Eichhorn DF, Guzzetta CE, Clarke A, Klein J, Taliferro E, Clavin A. Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses and physicians. *American Journal of Nursing*. 2000;100 (2):32-42.
14. MacClean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, Meyers TA, Desy P. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*. 2003;29 (3):208-221.
15. Robb YA. Family Nursing in intensive care part one: is family nursing appropriate in intensive care? *Intensive and Critical Care Nursing*, 1998;14: 117-123.

16. Robb YA. Family Nursing in intensive care part two: the needs of family with a member in intensive care? *Intensive and Critical Care Nursing*, 1998;14: 203-207.
17. McClenathan BM, Torrington KG, Uyehara CF. Family Member Presence During Cardiopulmonary Resuscitation. A Survey of US and International Critical Care Professionals. *CHEST*. 2002;122(6):2204-2211.
18. Axelsson ÅB, Zettergren M, Axelsson C. Good and bad experiences of family presence during acute care and resuscitation. What makes the difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2005;4:161-169.
19. Fulbrook P, Latour JM, Albarran JW. Paediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: A European survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;44: 1238-1249.
20. Jarvis AS. Parental presence during resuscitation: attitudes of staff on paediatric intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*. 1998;14(1):3-7.
21. Eichhorn DJ, Meyers TA, Guzzetta CE, Clark AP, Klein JD, Calvin AO. Family presence during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient. *American Journal of Nursing*, 2001;101(5):48-55.
22. HLR-rådet. Svenska rådet för hjärt- lungräddning. Tillgänglig: 090504
Tillgänglig från: <http://www.hlr.nu/index.php?q=faq/visa/2009/6#q200961741>
23. Fulbrook P, Latour J, Albarran J, de Graaf W, Lynch F, Devichtor D, Norekvål T. The presence of family presence during cardiopulmonary resuscitation: A European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007;6: 255-258.
24. Kvale S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 1997.
25. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. 2:a uppl. California: Sage Publications; 2004.
26. Granskär M, Höglund-Nielsen B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur; 2008.
27. Long T, Johnsson M. Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clinical effectiveness in Nursing*. 2000;4(1): 30-37.
28. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2003;24: 105-112.
29. Trost J. *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur; 2005.

30. Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Tillgänglig 090427
Tillgänglig från:
<http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>
31. Sykepleiernes samarbeid i Norden (2003). Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. Tillgänglig 090427
Tillgänglig från: <http://www.vardinorden.org/ssn/etikk.pdf>
32. Centrala etikprövningsnämnden. Etikprövning av forskning som avser människor. Forskningspersoninformation. Tillgänglig: 090427.
Tillgänglig från:
<http://www.epn.se/media/4807/forskningspersonsinformationen%20slutjusterad%20okt%202007-pdf.pdf>
33. Duran CR, Oman KS, Abel JJ, Koziel VM, Szymanski D. Attitudes toward and beliefs about family presence: A survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *American Journal of Critical care*. 2007;16: 270-279.
34. Knott A, Kee CC. Nurses' beliefs about family presence during resuscitation. *Applied Nursing Research*, 2005;18: 192-198.
35. Redley B, Hood K. Staff attitudes towards family presence during resuscitation. *Accident and Emergency Nursing*. 1996;4: 145-151.
36. Mian P, Warchal S, Whitney S, Fitzmaurice J, Tancredi D. Impact of a multifaceted intervention on nurses' and physicians' attitudes and behaviours toward family presence during resuscitation. *Critical Care Nurse*. 2007;27(1): 52-61.
37. Critchell CD, Marik PE. Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? A review of the literature. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2007;24(4):311-317.
38. Ellison S. Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. *Journal of Emergency Nursing*, 2003;29(6):515-521.



BILAGA 1

GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

Intensivvården har haft en omvårdnadsutveckling som idag innefattar närstående mycket mer än tidigare. Att ha närstående närvarande vid hjärt- lungräddning (HLR) är idag accepterat som praxis i många europeiska länder. Närståendes närvaro under HLR har studerats av olika internationella och framförallt europeiska sjuksköterskeorganisationer. I sin granskning har de funnit att det saknas evidensbaserad forskning som berör närståendes närvaro under HLR. De har sammanställt olika ställningstaganden, som tydliggör patientens rätt att ha med sina närstående vid HLR och att närstående bör erbjudas möjligheten att närvara. Man poängterar att ett beslut om närståendes närvaro dock bör tas med hänsyn till patienten bästa.

Vi vill därför undersöka intensivvårdssjuksköterskans uppfattning till att ha med närstående vid HLR. Vi tillfrågar Dig som intensivvårdssjuksköterska om deltagande i denna studie.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras i form av en intervju. Vårt samtal kommer att spelas in på bandspelare. Under intervjun kommer vi be Dig svara på olika frågor som kan beskriva ditt förhållningssätt, din erfarenhet och upplevelse av att ha med närstående närvarande vid HLR.

Efter intervjun kommer vi att skriva ut informationen i text och analysera innehållet. Resultatet kommer sedan att redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet och utgöra grund för ett eventuellt fortsatt arbete som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultat av studien kan Du ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Vi hoppas att Du inte skall känna obehag av att berätta om Dina upplevelser, erfarenheter och Ditt förhållningssätt av att ha närstående närvarande vid HLR. Eventuellt kan det kännas bra att få delge Dina erfarenheter.

Personuppgifter från studien kommer att lagras i ett register och databehandlas. Dina svar och Dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Då data från studien eventuellt publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Hanteringen av Dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS1998: 204). Kassetbanden/ljudfiler kommer att förvaras inlåsta utom räckhåll för obehöriga och den skrivna texten från intervjuerna kommer inte att kunna kopplas till Dig som person. Deltagandet är frivilligt. Du kan avbryta Ditt deltagande i studien när Du vill utan att ange skäl och det kommer inte att påverka eventuell framtida vård. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Ansvariga

Eva Saffo	Sara Ejnell	Mona Ringdal,	Lotta Johansson,
Leg. Sjuksköterska	Leg. Sjuksköterska	Universitets adjunkt	Leg. Intensivvårds sjuksköterska
Tel: 0704-974270	Tel: 0707-667929	Huvudhandledare	Handledare

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Jag har tagit del av information om studien som undersöker intensivvårdsjuksköterskans uppfattning till att ha med närstående vid HLR och samtycker till att delta i studien. Jag har också haft möjlighet till att ställa frågor och kunnat få svar före detta samtycke.

Datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande
