

# 1000 VOLT OCH JAG VILLE VARA MED

En litteraturstudie om anhörigas eventuella närvaro vid återupplivningsförsök

*David Olsson*

*Lars Rydberg*

Olsson, D & Rydberg, L. 1000 volt och jag ville vara med. En litteraturstudie om anhörigas eventuella närvaro vid återupplivningsförsök. *Examinationsarbete i omvårdnad, 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2004.

*Syftet* med denna litteraturstudie är att undersöka uppfattningar hos anhöriga och akutvårdspersonal, angående anhörigas eventuella närvaro vid återupplivningsförsök. Sju vetenskapliga artiklar granskas i studiens *metod*. Artiklarna har sökts i databaserna CINAHL och Elin samt sökmotorn PubMed. Granskningen av artiklarna har följt Polit, Beck och Hungler (2001) anvisningar för att bedöma den vetenskapliga kvalitén. *Resultatet* i denna studie visar att det inte längre finns skäl att enbart rutinemässigt utesluta alla anhöriga från att närvara vid familjemedlemmars återupplivningsförsök. Forskning visar att det finns anhöriga som vill erbjudas tillfället att få närvara vid återupplivningsförsök, samt att få göra ett frivilligt val om de vill medverka.

*Nyckelord*; Anhöriga, hjärt-lungräddning, litteraturstudie, närvaro, återupplivningsförsök.

# 1000 VOLT AND I WANTED TO BE THERE

A literature review on relatives possible presence during resuscitation

*David Olsson*  
*Lars Rydberg*

Olsson, D & Rydberg, L. 1000 volt and I wanted to be there. A literature review on relatives possible presence during resuscitation. *Examination paper, 10 credit points*. Nursing Programme. Malmö University: Health and society, Department of Nursing, 2004.

*The aim* of this study is to investigate attitudes among relatives and Emergency Department staff, concerning relatives possible presence during resuscitation. Seven scientific articles revises in the studys *method*. The articles have been searched for in CINAHL, Elin and PubMed. Articles have been analysed using Polit, Beck and Hungler (2001) instructions to evaluate scientific quality. *The findings* of this study show there it seems no longer appropriate routinely excluding relatives from family presence during resuscitation. Research shows that relatives wish to be given an option to be presence during resuscitation, and a choice to take part.

*Keywords*; CPR, literature review, presence, relatives, resuscitation.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	4
Samtal med etikansvariga på UMAS	5
Lagstiftning	6
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	6
METOD	7
Litteratursökning	7
Granskning	7
Sammanfattning	7
Tabell 1. Söksystem	8
RESULTAT	9
Personalens perspektiv	9
Negativa aspekter	9
Tabell 2. Nackdelar för anhöriga att bevittna återupplivningsförsök	10
Positiva aspekter	10
Tabell 3. Fördelar för anhöriga att bevittna återupplivningsförsök	11
Anhörigas perspektiv	11
Negativa aspekter	11
Positiva aspekter	11
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
Slutsats	14
Förslag till fortsatt forskning	15
REFERENSER	16
BILAGOR	18

## BAKGRUND

Varje år drabbas cirka 25000 människor i Sverige av hjärtstillestånd. Överlevnaden är relativt liten, och är kopplat till om hjärtstilleståndet är bevitnat eller inte. Av hjärtstillestånden är 61 procent bevittnade. Det är en livsavgörande faktor då 90 procent av dem som överlever är just bevittnade hjärtstillestånd, Holmberg (2000).

Hjärtstillestånd definieras av Lundh och Malmquist (2001) som att: ”all utifrån påvisbar hjärtverksamhet upphör och hjärtats pumpande funktion faller bort. Det kan bero på en svår form av hjärtarytmi, *kammarflimmer*, eller på att impulsbildningen och därmed muskelaktiviteten i hjärtat upphör, *asystole*. Symtomen är plötsligt insättande medvetlöshet och bortfall av puls. Om inte omedelbara återupplivningsåtgärder med konstgjord andning och hjärtmassage sätts in uppstår inom få minuter irreparabla hjärnskador som leder till döden” (s 126).

Att tillåta familjer att närvara med sina närmaste fram till att döden uppträder kan visa sig att vara ett stöd i de anhörigas sorgeprocess (Redley & Hood 1996). En definition på bevittnad återupplivning enligt Morgan (1997) är ett initiativ vilket tillåter anhöriga att vara närvarande i akutrummen under tiden som deras kära genomgår återupplivningsförsök. Idag hänvisas de till anhörigrum eller liknande. De får alltså inte möjlighet att närvara vid ett svårt livshotande tillstånd där utgången är osäker. Ur ett etiskt perspektiv kan de aggressiva metoderna vid hjärt-lungräddning för de anhöriga upplevas som brutala. Därför kanske inte alla anhöriga ses som lämpliga att närvara. Inom ett holistiskt synsätt, har sjuksköterskor ansvar inte bara mot patienten utan även gentemot dennes anhöriga (Ardley, 2003).

De första undersökningarna angående anhörigas närvaro under återupplivningsförsök startade vid Foote Hospital i Michigan, USA 1982. Bakgrunden till detta var att en hustru till en polis som hade blivit skjuten krävde att få vara med på akutrummet. Efter ett individuellt godkännande av läkarna tilläts hon detta. Ytterligare en händelse inträffade där en anhörig vägrade att lämna patienten under återupplivningsförsöken. Dessa två händelser utvärderades och positiv återkoppling gavs från både personal och anhöriga. Denna utvärdering kom att ligga till grund för Hanson och Strawsers programundersökning (1992), vilken innebar att man skulle granska familjer som haft dödsfall av nära anhörig, för att undersöka om de känt ett behov eller en önskan att få närvara. Av de 18 granskade, angav 13 (72 %) att de hade önskat att de närvarat under återupplivningsförsöken. På grund av dessa resultat utvecklades rutiner för hur anhöriga skulle kunna närvara inne på akutrummet under återupplivningsförsök.

Programmet på Foote Hospital fungerar enligt följande:

- ?? Förloppet börjar när akutvårdspersonalen får vetskap om att en patient med hjärtstopp är på väg in med ambulans.
- ?? Sjukhusprästen blir kontaktad och anhörigrummet färdigställs med bland annat telefon och kaffe.

- ?? När ambulansen ankommer tas de anhöriga till anhörigrummet av en sjuksköterska, som ger dem all nödvändig information angående patientens status.
- ?? Sjuksköterskan begär även in nödvändig information om patientens tidigare medicinska historia.
- ?? Sjuksköterskan informerar även om att så fort som de inledande procedurerna är genomförda, kommer utvalda familjemedlemmar att få möjlighet att besöka akutrummet.
- ?? Är detta de anhörigas önskan blir det sjukhusprästens uppgift att förbereda och förklara för de anhöriga vad de förväntas kunna uppleva inne på akutrummet.
- ?? När akutteamet underrättats och läkaren godkänt besöket eskorteras de utvalda familjemedlemmarna till akutrummet av antingen sjuksköterskan eller sjukhusprästen.
- ?? Många familjemedlemmar stannar bara ett kort ögonblick, andra går in och ut allt eftersom de känner att de klarar av att hantera situationen.
- ?? Akutteamet gör plats för besökarna vid sängen och uppmuntrar de till att beröra samt prata med familjemedlemmen.
- ?? Sjukhusprästen eller annan stödjande personal stannar kvar vid de anhörigas sida så länge som situationen kräver det (Hanson & Strawser, 1992).

Debatten och starten av undersökningar inom anhörigas närvaro under återupplivningsförsök började under 80-talet i Nordamerika. Debatten nådde inte Europa förrän 1996 då en serie artiklar debatterades i anknytning till en enstaka händelse som utspelades under en hästtävling i Windsor, UK (Boyd, 1999).

Hampe (1975) har undersökt anhörigas behov som drabbats av en familjemedlems bortgång. Tre viktiga faktorer identifierades:

- ?? Att de anhöriga skulle få vara tillsammans med den döende familjemedlemmen.
- ?? Att de anhöriga var försäkrade om att den döende familjemedlemmen inte led och hade smärtor.
- ?? Att de anhöriga skulle få vara välinformerade under hela händelseförloppet.

### **Samtal med etikansvariga på UMAS**

Under ett besök på UMAS akutintag i Malmö intervjuades två sektionsundersköterskor. De var etikansvariga och satt med i en etikgrupp. I intervjun framkom att händelseförloppet från ambulanslarmet till akuten var följande:

- ?? Det inkommer ett larm där det informeras om födelsedata, vad som hänt och typ av skada.
- ?? När ambulansen anländer separeras de anhöriga från patienten.
- ?? De anhöriga leds in till anhörigrummet.
- ?? Rummet är inrett med tavlor, en bandspelare, toalett mm.
- ?? Personalen börjar prata med de anhöriga och skaffar sig en uppfattning om hur själva situationen ser ut, säger en av sektionsundersköterskorna - det gäller kanske att lugna dem och prata med dem.

Det viktiga här är att aldrig lämna de anhöriga ensamma. Anhöriga kan tas in till akutrummet, om alla rutiner är gjorda och läkaren ger samtycke. Det finns situationer då anhöriga inte tas in, exempelvis vid mycket svåra livshotande tillstånd som hjärtstillestånd. Vid barnolyckor tas alltid de anhöriga in direkt, men ej vid hjärtstopp. Just barn är det värsta enligt personalen. En barnkurator och Barn- och ungdomspsykiatrien finns med för att ge stöd. Även vuxna kan få samtalsstöd av en kurator. Dessvärre tjänstgör inte kuratorn nattetid eller helger! Tidigare fanns det även en präst som tjänstgjorde men inte nu längre.

Om de anhöriga absolut vill in, tages ett individuellt beslut. Vid dödsfall erbjuds en möjlighet att säga farväl. De anhöriga får komma in i ett rum där den avlidne ligger på en vagn. Personalen har täckt över med en filt broderat med en vit duva. Allt för att åstadkomma det så fridfullt som möjligt. Här kan de anhöriga sitta ner en stund och bara vara för sig själva med den avlidne. Etikgruppen talar mycket om närvaro och om hur viktigt det är och vad som görs. Såvitt de båda sektionsundersköterskorna kan påminna sig har det bara förekommit vid ett tillfälle att anhöriga krävt att få komma in på akutrummet och närvara vid den svårt skadade familjemedlemmen sida.

Det kan emellertid bli motsättningar ibland. Läkaren är inte alltid så glad för att släppa in de anhöriga till akutrummet. Detta kan bero på stress, rädsla för de anhöriga, dåligt förberedd med mera. Ibland fanns det tillfällen då läkaren väntade in i det sista med att berätta utgången för de anhöriga. Läkaren kanske tyckte det var obehagligt att informera om de tragiska nyheterna.

### **Lagstiftning**

Lag (1 987:269) om kriterier för bestämmande av människans död;

**1 §** Vid tillämpning av bestämmelser i lag eller annan författning som tillskriver en människas död rättslig betydelse skall gälla att en människa är död när hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort.

En människa är enligt lagen död när hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort eller upphört. Definitionen avser sålunda ett bortfall av samtliga funktioner i hjärnans alla delar. Härvid inträder döden (a a).

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING**

Syftet med föreliggande studie är att belysa synen på anhörignärvaro vid återupplivningsförsök, dels ur personals och dels ur anhörigas perspektiv. Till följd av detta blir frågeställningarna:

- ?? Vad finns beskrivet i den vetenskapliga litteraturen om anhörigas närvaro vid återupplivningsförsök?
- ?? Vilken inställning har anhöriga när det gäller att närvara under återupplivningsförsök?

?? Vilken inställning har personalen till att låta anhöriga få närvara under återupplivningsförsök?

## METOD

För att besvara frågeställningarna har en litteraturstudie gjorts. Enligt Polit, et al (2001) är en litteraturstudie: En kritisk sammanfattning av forskningen inom ett område, ofta beredd att sätta ett forskningsproblem i ett sammanhang eller en grund för ett användande projekt. Artiklarna består enbart av studier med ett syfte som passar studiens frågeställningar. Vi valde att utesluta studier som involverade barn. Samt studier som enbart har en kvantitativ ansats. En intervju med två sektionundersköterskor på UMAS, i Malmö har även ingått. Författarna har även sökt efter svenska artiklar dock utan att finna några.

### Litteratursökning

Material till studien har inhämtats på Malmö högskolas bibliotek och Central Medicinska biblioteket. Sökningar efter vetenskapliga artiklar har utförts i databaserna CINAHL och Elin, samt på sökmotorn PubMed. Sökorden har varit resuscitation, CPR, relatives och family. Författarna har inte kunnat finna artiklar i fulltext på någon av databaserna eller sökmotorn. Artiklarna har beställts från Malmö högskolas bibliotek. Avgränsningar på databaserna eller sökmotorn har varit:

?? engelska språket

### Granskning

Författarna fann 18 intressanta artiklar som vi granskat enligt Polit, et al (2001) anvisar (Bilaga 1). Av dessa 18 bedömdes 11 inte motsvara antingen vårans frågeställning eller att den vetenskapliga kvalitén inte var tillfredsställande. En av artiklarna Hanson och Strawser (1992) uppfyller inte den vetenskapliga kvalitén. Eftersom artikeln är en av de allra första inom området och tillför värdefull kunskap har den ändå valts ut att ingå i studien.

### Sammanfattning

Vår intention var att söka efter den mest aktuella forskningen inom området. Dessvärre var det material vi fann till antalet för litet och sökningen fick utökas genom att inte begränsa tidsperioden. De artiklar vi funnit befinner sig någonstans mittemellan en kvantitativ och en kvalitativ ansats. Det har varit svårt att finna relevanta vetenskapliga artiklar antingen var det brev eller litteraturstudier. Det är ett begränsat utbud som finns att tillgå, på grund av att det är ett relativt nytt forskningsbegrepp.

Tabell 1. Redovisning av litteratur sökning

<b>Söksystem/ Sökord:</b>	<b>Limits:</b>	<b>Träffar:</b>	<b>Använt:</b>
<b>PubMed/ Resuscitation AND relatives  AND family  CPR AND family</b>	<b>English</b>	38 984 844  1410  6236 374	Grice AS, et al <i>Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units.</i> Br J Anaesth. 2003 Dec; 91(6): 820-4.  Hanson C, Strawser D <i>Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective.</i> J Emerg Nurs. 1992 Apr; 18(2): 104-6.  Doyle CJ, et al <i>Family participation during resuscitation: an option.</i> Ann Emerg Med. 1987 Jun; 16 (6): 673-5.  Pafford MB <i>Should family members be present CPR?</i> J Ark Med Soc.2002 Mar;98(9):304-6
<b>CINAHL/ CPR AND relatives  Resuscitation AND relatives</b>		1890 76  7368 219	Meyers, TA et al <i>Do families want to be present during CPR? A retrospective survey</i> Journal of emergency nursing 1998 oct; 24(5) 400-5.  Mitchell, MH et al <i>Should relatives be allowed in the resuscita- tion room?</i> J Accid Emerg Med 1997; 14: 366-9.
<b>Elin/ Resuscitation AND family</b>		142	Redley B, Hood K <i>Staff attitudes towards family presence during resuscitation.</i> Accid Emerg Nurs. 1996 Jul; 4(3): 145-51.



# RESULTAT

Författarna redovisar resultat ur sju vetenskapliga artiklar. Resultatet kommer att presenteras i två huvudteman: Personalens och anhörigas perspektiv, och belysas utifrån såväl negativa som positiva aspekter.

## Personalens perspektiv

### *Negativa aspekter*

Pafford, (2002) visar i sin studie att 131 utav 223 deltagare inte ville tillåta att anhöriga skulle närvara under återupplivningsförsöken. Den största andelen, 89 deltagare, kände att de anhöriga var oförberedda för vad de förväntades att se inne på akutrummet eller att återupplivningsförsöken var för dramatiska eller för grymma att se för anhöriga. I studien redovisar 22 deltagare att anhöriga under återupplivningsförsöken skulle påverka prestationen hos akutteamet, antingen genom fysiskt hindrande eller genom en ökande ängsla hos akutteamet. Det var 11 deltagare som tyckte att det inte fanns några fördelar för de anhöriga att medverka under återupplivningsförsöken. Tio deltagare uttryckte oro över att de anhöriga skulle ha akutsenen som sitt sista minne, att det kunde vara skadligt för de anhöriga. Intressant är att 20 deltagare uttryckte att det inte fanns några fördelar med hjärt-lungräddning över huvud taget! (Pafford, 2002)

Mitchell och Lynch (1997) visar i sin studie att 49 procent av personalen ansåg att återupplivningsförsöken kunde upplevas som kaotiska av de anhöriga. 68 procent av personalen uppgav att avbrytandet av återupplivningen kunde bli mera komplicerat när anhöriga närvarade. Samt att stämningsansökningarna kommer att öka anser 20 procent av personalen.

Doyle, et al (1987) uppgav i sin studie att 30 procent av akutvårdspersonalen kände sig hämmade i sina arbetsuppgifter, huvudsakligen till följd av oro över att bli iaktagna av anhöriga, eller att personalen fruktade att de anhöriga skulle hindra återupplivningsförsöken genom känslomässiga utbrott.

Akutvårdspersonalen angav även en ökad känsla av stress i samband med bevittnade återupplivningsförsök på grund av att patienten kändes mera mänsklig, när anhöriga fanns med i akutrummet. Vissa ur personalen tyckte att det blev svårare att handskas med anhörigas sorg under själva akutskedet (a a).

Redley och Hood (1996) ombad i sin studie sjuksköterskor och läkare att rangordna betydelsen av att låta anhöriga närvara i akutrummet. Resultatet blev att:

- ?? 76 % uppgav att de livsuppehållande åtgärderna antagligen skulle kränka de anhöriga.
- ?? 61 % angav att stressen hos personalen förmodligen skulle öka.
- ?? 48 % uppgav att de anhöriga antagligen skulle hindra personalens arbete.
- ?? 46 % antydde att de anhörigas närvaro förmodligen skulle störa behandlingen.
- ?? 33 % angav att personalen kanske skulle förolämpa de anhöriga.

- ?? 29 % upplevde att allmänheten förmodligen inte var tillräckligt förbereda att närvara under återupplivningsförsöken.
- ?? 18 % uppgav att stämningsansökningarna troligtvis skulle öka till följd av de bevittnade återupplivningsförsöken.
- ?? 7 % menade att det inte fanns någon fördel för de anhöriga att närvara under återupplivningsförsöken.

Tabell 2. Nackdelar för anhöriga att bevittna återupplivningsförsök.

	Läkare (%)	Sjuksköterskor (%)
För plågsamt	29	30
Anhöriga kanske hindrar	19	11
Stressande faktor för akutteamet	14	7
Fler klagomål/stämningsansökan	8	6
Beslut påverkade	8	6
Anhöriga kanske kommer i vägen	7	11
Olämpligt sista intryck av familjemedlemmen	4	9
Dålig förståelse från anhöriga	4	6
Varaktigt psykologiskt plågsamt	3	4
Otillräcklig kompetensnivå	2	4
Anhöriga är ingen hjälp	1	1
Patientens värdighet	1	5

Ur Grice, et al (2003) s 821.

### *Positiva aspekter*

Redley och Hood (1996) tillfrågade i sin studie sjuksköterskor och läkare, om de kunde överväga att bjuda in anhöriga till akutrummet för att bevittna återupplivningsförsök av sin familjemedlem.

62 procent uppgav att de kunde tänka sig att erbjuda de anhöriga att närvara under kontrollerade former. Det var 14 procent som angav att de anhöriga alltid skulle få möjlighet till att närvara i akutrummet. 70 procent av personalen uppgav att de själva gärna hade velat bli erbjudna att närvara under återupplivningsförsöken om deras egna familjemedlemmar hade fått hjärtstopp (a a).

Pafford (2002) visar i sin studie att 21 utav 223 deltagare uppgav att om anhöriga närvarade under återupplivningsförsöken så skulle förmodligen sorgeprocessen underlättas, antingen genom att erbjuda avslut eller erbjuda en chans att säga adjö. Deltagarna tillfrågades även om eventuella fördelar som hjärt-lungräddning kunde ha för patienterna, de anhöriga samt för personalen.

172 deltagare uttryckte att fördelarna med hjärt-lungräddning återfanns hos patienten för fortsatt liv. 84 deltagare uttalade att det fanns fördelar för de anhöriga, såsom att hjärt-lungräddning gav de anhöriga en känsla av att personalen gjorde allt som stod i deras makt. 83 uttryckte även att det fanns fördelar för personalen, att de fick en bra känsla av att antingen ha räddat ett liv eller att de gjorde sitt allra bästa för att försöka rädda ett liv (a a).

I studien som Grice, et al (2003) framlagt redovisas att 56 procent av läkarna och 66 procent av sjuksköterskorna tyckte att anhöriga skulle ges en möjlighet att närvara under återupplivningsförsöken.

Om anhöriga däremot själva frågade om de fick närvara så tyckte 70 procent av läkarna och 82 procent av sjuksköterskorna att de fick det, förutsatt att de var åtföljda av en för situationen tränad personal.

Tabell 3. Fördelar för anhöriga att bevittna återupplivningsförsök.

	Läkare (%)	Sjuksköterskor (%)
Se att allt gjordes	30	34
Underlättar sorgeprocessen	29	22
Bättre förståelse för HLR	16	16
Inga fördelar	11	7
Tillsammans tills slutet	7	11
Lägre andel klagomål/stämningsansökningar	3	0
Engagerade i beslut	3	9
Fantasin värre än verkligheten	1	1

Ur Grice, et al (2003) s 821.

Doyle, et al (1987) kunde visa i sin studie att inte desto mindre än 71 procent av akutvårdspersonalen stöttar bevittnade återupplivningsförsök av anhöriga.

Mitchell och Lynch (1997) visar i sin studie att ett mönster uppstod som visade att sjuksköterskor var positiva till anhörigas närvaro, medan läkare blev positivare till anhörigas närvaro, med stigande erfarenhet.

## Anhörigas perspektiv

### *Negativa aspekter*

Meyers, et al (1998) visade i sin studie att det fanns en differens i sorgeprocessen relaterat till relationen de anhöriga hade till familjemedlemmen. Om de anhöriga var förälder eller make/maka, så tyckte deltagarna att det inte underlättade sorgeprocessen genom att vara närvarande inne på akutrummet.

### *Positiva aspekter*

Meyers, et al (1998) visade i sin studie där de intervjuade 25 anhöriga som nyligen hade haft dödsfall i familjen. Författarna frågade de anhöriga om de hade erbjudits en möjlighet att besöka sin familjemedlem under tiden som hjärt-lungräddning pågick, och om de velat det. Av deltagarna svarade 80 procent ja, och 20 procent nej. De anhöriga förklarade det positiva svarsbeskedet med att deras familjemedlem inte skulle få dö tillsammans med främlingar. Det skulle vara väldigt viktigt att få vara tillsammans med honom/henne under de sista ögonblicken i hans/hennes liv. Familjerna ville vara närvarande så att de kunde se att allt som var möjligt verkligen gjordes.

Den andra frågan som författarna ställde till de anhöriga var om de ansåg att alla familjer borde erbjudas en möjlighet att få vara tillsammans med familjemedlemmen precis innan dennes död, om dem hade velat det. 96 procent svarade ja och 4 procent svarade nej. Åsikter som stödde detta påstående kunde till exempel vara att deltagarna inte ansåg patienten vara sjukhusets egendom, att familjerna skulle erbjudas möjligheten och att få göra ett frivilligt val (a a).

Den tredje frågan som författarna ställde till de anhöriga var om de hade erbjudits möjligheten att gå in till akutrummet, och om de trodde att det hade hjälpt deras familjemedlem. Av deltagarna svarade 68 procent ja, 12 procent svarade nej och 20 procent var osäkra. En kvinna tyckte att hennes närvaro, möjligen hade hjälpt hennes familjemedlem att somna in (a a).

Den fjärde frågan som Meyers, et al (1998) ställde till de anhöriga var om de hade erbjudits möjligheten att gå in till akutrummet, och om det hade underlättat sorgearbetet efter deras familjemedlems bortgång. Av deltagarna svarade 64 procent ja, 16 procent svarade nej och 20 procent var osäkra. De anhöriga tyckte att genom närvaro vid tidpunkten för familjemedlemmens död, ansåg de att de givits ett tillfälle att säga de saker som behövdes sägas samt att ta farväl. En kvinna uppgav att:

“I would have less guilt to cope with if I had been there.” (s 404)

Doyle, et al (1987) visade i sin studie att 64 procent av de anhöriga tyckte att deras närvaro var fördelaktig för den döende familjemedlemmen. Somliga tyckte att de hade svårt att föreställa sig, att inte vara närvarande under återupplivningsförsöken. Vissa av de anhöriga menade att de hade en möjlighet att säga farväl innan familjemedlemmen avled. Många kände sig tillfreds med att allting som kunde göras för familjemedlemmen gjordes.

Pappan till en tonårspojke som åtdragit sig en svår skallskada sa:

“I feel that he knew that I was there. He seemed to calm down when he heard my voice and let the doctors help him.” (s 674)

## DISKUSSION

Nedan kommer föreliggande litteraturstudie behandlas i form av några sammanfattande slutsatser där även förslag till fortsatt forskning finns med avslutningsvis.

### **Metoddiskussion**

I metoddiskussionen kommer det vetenskapliga arbetssättet och metoden att kritiskt granskas. En empirisk studie hade nog varit ett mera intressant val av arbetsmetod, för att undersöka svenska anhörigas uppfattningar inom området. Tidsramen för denna litteraturstudie var åtta veckor. Det skulle förmodligen inte varit etiskt lämpligt att genomföra en empirisk studie i detta ämne. Med tanke på de anhörigas förlust och sorg hade frågorna vid intervjutillfället troligen varit för smärtsamma så kort tid efter en familjemedlems bortgång. Visserligen skulle vi kunnat ha intervjuat personal och utrett deras uppfattningar inom området. Dock tyckte vi som författare att en litteraturstudie var ett bra första steg, för att undersöka vad som finns beskrivet inom litteraturen i detta område. För att skaffa oss en förberedande kunskap inför egna eventuella fortsatta studier.

Studien tog sin början med att vi sökte efter artiklar utifrån att de skulle besvara våra frågeställningar. Det har varit svårt att finna artiklar som vi tidigare har nämnt, förmodligen hade detta kunnat undvikas om vi använts oss av MeSH-termer. Anledningen till att MeSH- termer inte använts är att vi helt enkelt inte

vetat hur de skulle tillämpas. Det är möjligt att vårt urval av artiklar hade blivit bredare, samt att det vetenskapliga resultatet kunnat bli än mer trovärdigare om vi använt oss av MeSH- termerna. Men vi vill ändå påpeka att de artiklar vi funnit samt granskat i våran studie håller en hög vetenskaplig nivå. Vi har inte lyckats med att finna motargument till de anhörigas positiva aspekter, det är en svaghet efter som vi ville återspegla båda sidor inom området.

Vi vill även tillägga att det är möjligt att det skett missuppfattningar i vår översättning från det engelska språket till svenska och att det kan finnas nyansskillnader mellan språken.

## Resultatdiskussion

Pafford (2002) visar i sin studie baserade på personals uppfattningar inom anhörigas närvaro vid återupplivningsförsök, att 89 utav 223 hävdade att de anhöriga inte var förberedda för vad de förväntades att se inne på akutrummet. Vi menar att människor i allmänhet är förbereda, tack vare väldigt populära tv serier som "Cityakuten" och "OP: 7" där de allra flesta av oss någon gång sett svårt skadade människor och vad akutvårdspersonalen gör för att rädda liv. Gordon, et al (1998) hävdar att ett flertal studier visar att tv är en stor informations och undervisningskälla för allmänheten när det gäller just återupplivningsförsök. Därför kanske allmänheten är bättre rustade för att närvara vid återupplivningsförsök, än vad akutvårdspersonalen tror. Självklart är det så att det är en sak att se det på tv, och en helt annan att uppleva det i verkligheten när ens nära anhörig själv ligger inne på akutrummet. Riktigt mentalt förberedd kan man nog aldrig bli, men med hjälp av stödperson som exempelvis sjuksköterska eller präst, som finns ständigt närvarande att mentalt stödja och förbereda de anhöriga är det möjligt att närvara inne i akutrummet. Förhoppningsvis är det möjligt att den första traumatiska inblicken i akutrummet blir lättare att uthärda med en stödperson.

Häpnadsväckande fakta som Pafford (2002) presenterar, är att det finns akutvårdspersonal som är av den åsikten, att hjärt-lungräddning inte har någon fördel för de inblandade parterna (patient-anhöriga-personal). Detta var i och för sig bara ett fåtal, 20 av 223 deltagare (cirka 9 %) som angav detta. En ganska märklig ståndpunkt då personalens uppgift är att rädda liv. Flera av studierna har visat att sjuksköterskor har en positivare inställning till att låta anhöriga närvara under återupplivningsförsök än vad läkare har. Kan det möjligen bero på våra skilda arbetsuppgifter, att läkare i större utsträckning ser till medicinska tillstånd och är mera fokuserade på att "rädda" liv. Medan sjuksköterskan ofta har en närmare relation med de anhöriga. Och att det kan vara av den anledningen som sjuksköterskor oftare vill att de anhöriga ska få en möjlighet att närvara oavsett utgång. Vidare har även läkaren det yttersta ansvaret över behandlingsåtgärder och är därmed kanske inte belåtna med att låta anhöriga närvara vid svåra medicinska tillstånd som kräver svåra beslut. Som anhörig är det inte alltid säkert att de förstår beslutstagandet och därmed ökar risken för att läkarens kompetens ifrågasätts, och det är det som ligger till grund för läkarnas ängslan. Mitchell och Lynch (1997) har kunnat visa att läkarnas inställning blev mera positiv med stigande erfarenhet till att låta anhöriga närvara under återupplivningsförsök.

I studier har personal haft en uppfattning att stämningens ansökningarna kommer att öka med cirka 20 procent (Mitchell & Lynch 1997; Redley & Hood 1996). Här anser vi att det är ett fenomen som inte riktigt existerar i Sverige. Idag har vi inte ett sådant system där patienterna kan stämna sjukhusen på miljontals kronor.

Grice, et al (2003) pekar på att 19 procent av läkarna och 11 procent av sjuksköterskorna anser att anhöriga kanske hindrar akutvårdspersonalen i sitt arbete. Hanson och Strawser (1992) utvärderar i sin artikel anhörigprogrammet på Foote Hospital. Under de nio år som programmet pågick fram till författarnas utvärdering så hade ingen anhörig helt avbrutet ett återupplivningsförsök. Vid några få tillfällen har anhöriga blivit skrärade och hysteriska. Då har en stödperson, vilket oftast är en sjuksköterska eller en präst eskorterat de anhöriga från akutrummet till anhörigrummet där de anhöriga fått ge utlopp för sina känslor. Enligt vår uppfattning så är det nog möjligt att ett fåtal anhöriga i sin förtvivlan och sorg kanske hindrar personalen i sitt arbete. Men den största andelen anhöriga är nog väl medvetna om att personalen gör sitt allra bästa och om de blir avbrutna innebär det att patienten förmodligen kommer att avlida.

Redley och Hood (1996) tillfrågade personal om de kunde tänka sig att erbjuda de anhöriga att närvara under återupplivningsförsök av sin familjemedlem. Intressant är att det fanns en skillnad. Det var 62 procent av personalen som kunde tänka sig att erbjuda de anhöriga i allmänhet att närvara. Om personalen själva skulle befinna sig i de anhörigas situation, ville 70 procent närvara. Alltså en åtta procentig differens. Möjligen kan differensen bero på att akutvårdspersonalen är bättre förberedda mentalt på vad som väntar dem inne i akutrummet. Differensen kan eventuellt förklaras med att personalen ville vara med och se att allt gick rätt till så inga felbehandlingar gjordes.

I flertalet av de studier vi granskat, har personalens fruktan för prestationsångest i samband med hjärt-lungräddning då anhöriga närvarat omnämnts. Det är säkert så att ängslan är befogad, att i alla tider kunnat jobba ensamma med patienten, till att låta åskådare närvara som säkerligen kommer att ifrågasätta ens handlande i efter hand. Hur ska då akutvårdspersonalen kunna hantera sin prestationsångest? Det är möjligt att det går att se hur förlossningsavdelningarna hanterade frågan, när mannen skulle närvara vid förlossningen. Fram till 70-talet var mannen strängligen förbjuden att närvara vid själva förlossningen. Sen dess tycker vi att det är självklart att mannen ska med, samt att han ska vara delaktig i förlossningen.

Vi blir fler och fler som lär oss hjärt-lungräddning i Sverige, det finns säkert händelser där anhöriga har utfört hjärt-lungräddning på familjemedlemmar i hemmet fram till att ambulans anlät. Och sen närvarat samtidigt som ambulanspersonal har utfört återupplivningsförsök, för att sen följa med i ambulansen till sjukhus. Bara för att så slutligen inte få möjlighet att närvara inne på akutrummet med motiveringen, Pafford, (2002) att det är för dramatiskt eller för grymt att se för anhöriga. Vi menar att dessa anhöriga om de så önskar att närvara, klarar av att se akutvårdspersonalen arbeta för att rädda familjemedlemmens liv, de anhöriga har faktiskt själva utövat en del av de procedurer som akutvårdspersonalen genomför inne på akutrummet.

Människan hanterar traumatiska händelser på ett högst individuellt sätt, därför kan vi inte ha rutinmässiga bestämmelser för hur anhörigas sorgearbete ska ske.

### **Slutsats**

De finns säkert anhöriga som inte vill vara med på grund av att det är känslomässigt jobbigt, att få se sin familjemedlem utsättas för stundtals ganska så aggressiva behandlingsmetoder. Men för det behöver kanske inte sjukvården rutinmässigt utesluta alla anhöriga. Enligt vår uppfattning baserad på de studier vi granskat bör

anhöriga erbjudas möjligheten att få ta ställning till om de vill vara med eller inte vid återupplivningsförsök, om nu förutsättningarna tillåter det.

Idag tycker vi att det är självklart att vara med när ett liv börjar, vem vet i framtiden kanske vi tycker att det är lika självklart att vara med när ett liv släcks.

### **Förslag till fortsatt forskning**

Vi har inte kunnat finna någon svensk forskning inom ämnet, hade varit intressant att få ta del av svenska anhörigas uppfattningar inom ämnet. Samt att få veta hur svensk akutvårdspersonal ställer sig till att låta anhöriga få följa med in på akutrummet.

## REFERENSER

- Ardley, C (2003) Should relatives be denied access to the resuscitation room? *Intensive and Critical Care Nursing*, 19: 1-10.
- Boyd, R (1999) Witnessed resuscitation by relatives. *Resuscitation*, 43, 171-176.
- Doyle, et al (1987) Family participation during resuscitation: an option. *Annals of Emergency Medicine*, June, 16(6), 673-675.
- Gordon, P N, Williamson, S & Lawler, P G (1998) As seen on TV: observational study of cardiopulmonary resuscitation in British television medical dramas. *BMJ*, September, 317, 780-783.
- Grice, A S, Picton, P & Deakin, C DS (2003) Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units. *British Journal of Anaesthesia*, 91(6), 820-4.
- Hampe, O S (1975) Needs of the grieving spouse in a hospital setting. *Nursing Research*, March-April, 24(2), 113-120.
- Hanson, C & Strawser, D (1992) Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. *Journal of Emergency Nursing*, April, 18(2), 104-106.
- Holmberg, S (2000) Nationellt register för hjärtstopp utanför sjukhus, årsrapport 2000.
- Lag (1 987:269) om kriterier för bestämmande av människans död. Sveriges rikets lag.
- Lundh, B & Malmquist, J (2001) *Medicinska Ord, Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer*. Lund: Studentlitteratur.
- 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*, October, 24(5), 400-405.
- Mitchell, M H & Lynch, M B (1997) Should relatives be allowed in the resuscitation room? *Journal of accident & emergency medicine*, 14, 366-370.
- Morgan, J (1997) Introducing witnessed resuscitation in accident and emergency. *Emergency Nurse*, 5, 13-18.
- Pafford, M B (2002) Should family members be present during CPR? *Journal of the Arkansas Medical Society*, March, 98(9), 304-306.
- Polit, D, Beck, C & Hungler, B (2001) *Essentials of Nursing Research- Methods, Appraisal, and Utilization* (5<sup>th</sup> Edition). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.



Redley, B & Hood, K (1996) Staff attitudes towards family presence during resuscitation. *Accident and Emergency Nursing*, 4, 145-151.

## BILAGOR

**Bilaga 1: Kriterier för kritisk granskning av artiklar.**

**Bilaga 2: Kritisk granskning av artiklar enl. Polit m fl (2001).**

## Bilaga 1: Kriterier för kritisk granskning av artiklar

Artiklarna är kritiskt granskade enligt Polit m fl (2001). En vetenskaplig artikel skall innehålla följande riktlinjer och kriterier:

- *Titel:* En titel skall vara kortfattad. Ska även beskriva det centrala fenomenet och gruppen som undersöks, med ca 15 ord.
- *Abstract:* Frågeställning, metod, resultat samt användningsområde. Detta ska beskrivas med 100-200 ord. Syftet med ett abstract är att läsaren skall kunna bilda sig en uppfattning om artikeln är av intresse.
- *Introduktion:* Det centrala fenomenet, begrepp och variabler ska beskrivas. Syfte, frågeställning och/eller hypoteser som ska testas. Litteraturöversikt kring aktuell forskning, teoretisk ram och en förklaring till läsaren varför studien är viktig.
- *Metod:* Visar vilka metoder som använts för att kunna svara på forskningsfrågan, tillvägagångssätt, urval, datainsamling, bearbetning och analys.
- *Resultat:* Forskarna beskriver vad som framkommit i studien. Tabeller, figurer, diagram samt citat kan användas för att användas för att förtydliga informationen
- *Diskussion:* Tolkning av resultaten, studiens begränsningar, designproblem och svagheter. Användningsområde för att förbättra omvårdnaden och för framtida forskning inom ämnet.
- *Övergripande granskning:* Författarnas egna bedömningar av studien.
- *Referenser:* Förteckning över använd litteratur som har refererats till i texten.

## **Bilaga 2: Kritisk granskning av artiklar**

### **Artikel 1**

*Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective.*

Författare: Hanson och Strawser

Publikationsår och ursprungsland: 1992, USA

*Titel:* Det centrala fenomenet beskrivs.

*Abstract:* Ej uppställt enligt anvisat sätt.

*Introduktion:* Omfattande beskrivning av fenomenet.

*Metod:* Finns ej.

*Resultat:* Utvärdering av anhörigprogrammet på Foote hospital. Övervägande del av positiva aspekter skildras. Det nämns mycket litet negativa aspekter av anhörigprogrammet.

*Diskussion:* I stor utsträckning är artikeln mestadels en diskussion, är ej uppställd enligt Polit, et al (2001).

*Övergripande granskning:* Är inte en vetenskaplig artikel, utan en utvärdering av en arbetsmetod. Vi har ändå valt att låta artikeln ingå på grund av att den ger värdefull information.

### **Artikel 2**

*Do families want to be present during CPR? A retrospective survey.*

Författare: Meyers, T-A m fl.

Publikationsår och ursprungsland: 1998, USA.

*Titel:* Det centrala fenomenet beskrivs och urvalsgruppen nämns.

*Abstract:* Bra abstract som väcker läsarens intresse. Innehåller samtliga beståndsdelar som frågeställning, metod, resultat samt diskussion.

*Introduktion:* Ger läsaren en god bakgrundsbeskrivning till det centrala fenomenet. Syfte redovisas. Litteraturoversikt finns med.

*Metod:* En deskriptiv undersökning. Urvalet samt frågeställningen återfinns.

*Resultat:* Beskriver funna resultat genomgående. Resultat belyses genom lättförståeliga diagram.

*Diskussion:* Resultaten argumenteras och författarna har väldigt många egna tankar inlagt.

*Övergripande granskning:* Författarna har intervjuat anhöriga vilkas familjemedlemmar avlidit. Samtliga intervjuer ägde rum mellan åtta veckor och 15 månader (medelvärde 7,5 månader) efter att familjemedlemmen avlidit. Kan vara en nack-

del att så lång tid förflutit mellan den tragiska händelsen och intervjutillfället. Viktig information kan ha missats, då deltagarna förmodligen inte kunnat återberätta i detalj vad som skett vid familjemedlemmens bortgång. Det har förmodligen varit en balansgång mellan när de anhöriga känt sig mogna att berätta om händelserna vid sin familjemedlems bortgång samt att inte låta det gå för lång tid. I undersökningsgruppen har även ålder nämnts, den yngsta deltagaren var 13 år gammal! Anmärkningsvärt att författarna valt att låta denna yngling delta i studien. Vi menar att barn inte skall utfrågas i detta känsliga ämne. Vidare har själva intervjutillfället skett via telefon. Där missar författarna all icke verbal kommunikation. Det kan även tänkas att deltagarna hade behövt någon form av samtalsstöd efter avslutad intervju. Det gör det ännu olämpligare att låta barn ingå i studien. Samtliga familjemedlemmar gavs en förklaring av intervjun till studien. Frivilligt deltagande och även löfte om anonymitet ingick.

### **Artikel 3**

*Family participation during resuscitation: an option.*

Författare: Doyle, J m fl

Publikationsår och ursprungsland: 1987, USA.

*Titel:* Det centrala fenomenet nämns men ej undersökningsgruppen.

*Abstract:* Är ej uppställt enligt Polit, et al (2001) anvisningar.

*Introduktion:* Frågeställning samt syfte finns ej nämnt. Bra bakgrundsbeskrivning av ämnet. En av de allra första studierna inom ämnet.

*Metod:* Ett frågeformulär skickades ut till 70 familjemedlemmar. Författarna har förklarat hela händelseförloppet på ett korrekt sätt.

*Resultat:* Har redovisat väldigt intressant fakta om vad som framkommit i studien.

*Diskussion:* Intressant argumentation av de resultat som författarna uppvisar.

*Övergripande granskning:* Även denna studie valde att låta barn ingå i urvalsgruppen, deltagaren var 12 år gammal!

### **Artikel 4**

*Should family members be present during CPR?*

Författare: Pafford, B-M

Publikationsår och ursprungsland: 2002, USA

*Titel:* Centrala fenomenet återfinns, undersökningsgruppen saknas.

*Abstract:* Frågeställning saknas, metod samt resultat återfinns.

*Introduktion:* Författaren ger en bra bakgrundsbild av fenomenet. Bakgrunds informationen leder fram till forskningsfrågan. Intressant litteraturöversikt över aktuell forskning.

*Metod:* Datainsamlings verktyg beskrivs. Urval samt exkluderingskriterierna nämns. Innan deltagarna fick ta del av frågeformuläret gjordes en pilotstudie på 10 frivilliga sjuksköterskor, anledningen var att testa frågeformulärets utformning.

Frågeformulär med 10 stycken frågor skickades ut till 81 sjukhus i Arkansas, USA. De första två frågorna var flervalsfrågor, vilka beskrev deltagarnas yrke och vilka sjukhus de tillhörde. De resterande åtta var Ja/Nej frågor.

*Resultat:* Innehållsrik resultat del som tydliggörs i bland annat tabell form.

*Diskussion:* Utvärderar resultaten i diskussionen, intressant argumentation som har varit vägledande för många andra studier.

*Övergripande granskning:* Vägjord studie där fördelar och nackdelar belyses.

## **Artikel 5**

*Should relatives be allowed in the resuscitation room?*

Författare: Mitchell och Lynch

Publikationsår och ursprungsland: 1997, Storbritannien

*Titel:* Centrala fenomenet med och undersökningsgruppen finns med.

*Abstract:* Frågeställning, metod, resultat samt diskussion finns med. Artikelnen väcker även läsarens intresse.

*Introduktion:* En ganska liten litteraturöversikt. Introduktionen saknar frågeställning såväl som syfte.

*Metod:* Frågeformulär sändes ut till alla läkare och sjuksköterskor på akutavdelningen vid Quenn Mary universitetssjukhus i London. De 103 frågeformulären skickades ut enligt en namnlista. Deltagarna tillfrågades om deras åsikter i ämnet om anhörigas närvaro vid återupplivningsförsök. Författarna uppmuntrade deltagarna att lämna egna kommentarer som stödde deras åsikter. Bra beskrivning av hur författarna gått tillväga med datainsamlingen och vilka som har exkluderats ifrån studien samt vilket urval författarna har velat använda.

*Resultat:* Tydliggörs av diagram, tabeller och förklaringar till de begrepp som författarna funnit.

*Diskussion:* Författarna har kunnat visa ett antal begrepp som redovisats i resultat delen. Under diskussionsdelen argumenteras dessa faktorer, samt att författarna kommer med förslag till hur dessa problem ska lösas.

*Övergripande granskning:* Mycket läsvärd studie. En stor undersökningsgrupp har granskats.

## **Artikel 6**

*Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units.*

Författare: Grice, A-S m fl

Publikationsår och ursprungsland: 2003, Storbritannien

*Titel:* En något för lång titel, bestående av 16 ord.

*Abstract:* Metod samt resultat finns med. Verkar återspegla artikelns läsvärdhet.

*Introduktion:* Frågeställningen finns med. Ganska liten översikt kring aktuell forskning.

*Metod:* Godkännande av etisk kommitté söktes och beviljades. Urvalsgruppen samt datainsamlingen beskrivs. Frågeformulär skickades ut till läkare som en grupp och sjuksköterskor som en annan. Patienter tillhörde en grupp samt närmast anhörig benämndes som en grupp.

*Resultat:* De olika resultaten inom urvalsgrupperna återfinns i tydliga tabeller.

*Diskussion:* De olika resultaten argumenteras och jämförs med annan forskning inom området.

*Övergripande granskning:* Intressant studie där författarna delat in de olika parterna i egna grupper för att undersöka de olika uppfattningarna.

## **Artikel 7**

*Staff attitudes towards family presence during resuscitation.*

Författare: Redley och Hood

Publikationsår och ursprungsland: 1996, Australien.

*Titel:* Centrala fenomenet finns angivet. Undersökningsgruppen finns angiven.

*Abstract:* Ej uppställt enligt angivet sätt. Frågeställningen finns med samt urvalsgruppen.

*Introduktion:* Bra litteraturöversikt över aktuell forskning inom området. Bra bakgrunds beskrivet.

*Metod:* Personal på sex större sjukhus fick fylla i frågeformulär. Allt deltagande var frivilligt samt anonymitet garanterades.

*Resultat:* Författarna har en relativt liten utrymmesmässig resultatdel men den viktigaste faktan presenteras.

*Diskussion:* Intressant diskussion del där resultaten ifrån utvärderingen diskuteras och presenteras med annan forskning inom området.

*Övergripande granskning:* Intressant studie som bearbetar personals attityder gentemot familjs närvaro under återupplivningsförsök.

