

# **Akutsjuksköterskors attityder till och erfarenhet av anhörigas närvaro vid avancerad hjärt-lung räddning**

**Caroline Cherfan**  
**Raimo Kiviniemi**

Examensarbete, 15 högskolepoäng, kandidatnivå

Omvårdnad  
Jönköping, december 2007

# Sammanfattning

Anhörigas närvaro vid avancerad hjärtlungräddning (A-HLR) har på senare år varit ett internationellt diskuterat ämne. Flera undersökningar har gjorts som undersökt anhörigas syn på sin egen närvaro vid denna akuta vårdssituation. Dessa studier har visat att anhöriga i stor utsträckning önskar få möjlighet att närvara vid en A-HLR situation. Av denna anledning var det av intresse att studera akutsjuksköterskors syn på detta. Syftet med studien var att undersöka och jämföra attityder och erfarenheter av anhörigas närvaro vid A-HLR hos sjuksköterskor inom ambulanssjukvården, akutmottagningen och hjärtintensivvårdsavdelning. Studien bygger på en enkätundersökning som lämnats till samtliga sjuksköterskor på dessa enheter (n=101). Data har analyserats statistiskt med chitvåtest samt Fishers exakta test. I resultatet framkommer tydligt att ambulanssjuksköterskorna är de sjuksköterskor som har mest erfarenhet av anhörigas närvaro under A-HLR. De är också den grupp sjuksköterskor i denna jämförelse som ser mest positivt på att anhöriga finns närvarande. För övrigt är de den grupp som i minst utsträckning aktivt kan välja att utesluta anhörigas närvaro i jämförelse med slutenvårdsarbetande sjuksköterskor. Då tidigare forskning visar att anhöriga önskar och bör ges möjligheten att närvara vid A-HLR situationen kan resultatet av denna studie leda till mer strukturerade utbildningsinsatser för akutsjuksköterskan.

Nyckelord: A-HLR, Anhöriga, Sjuksköterska, Närvaro, Uppfattningar.

# Summary

## **Attitudes and experiences of nurses working in emergency medical services regarding relatives being present in cardiopulmonary resuscitation situations.**

The presence of relatives in cardiopulmonary resuscitation (CPR) situations has been a matter of discussion internationally during the recent years. Several surveys have been done to investigate the relatives view on their own presence in acute care situations. These studies have shown that relatives most often want to have the opportunity to be present in a CPR situation. This was the background for investigating how nurses working in an acute setting look upon this matter. The purpose of this study was to investigate and compare the outlook of nurses working in emergency medical services out-of-hospital (ambulance) in-hospital (emergency department (ED) and cardiac care unit (CCU)) regarding the presence of relatives in CPR situations. Information was collected from nurses (n=101) in these three settings using a questionnaire and the data was analyzed statistically with chi-square test and Fisher's Exact test. The results reveals clearly that nurses in the ambulance setting are the most experienced in having relatives present in CPR situations and they are more positive to that compared to nurses in ED and CCU. The result of this study should encourage a structured further education for nurses to increase the tolerance of relatives present in CPR situations.

Keywords: CPR, Relatives, Nurse, Presence, Opinion.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Plötsligt hjärtstopp .....	1
Hjärt-lungräddning .....	2
Anhörigas närvaro.....	2
Sjuksköterskors upplevelser och syn .....	3
Anhörigas upplevelser och syn .....	3
Travelbee´s omvårdnadsteori.....	4
<b>Syfte</b> .....	<b>5</b>
<b>Material och metod</b> .....	<b>5</b>
Design.....	5
Datainsamlingsmetod .....	5
Urval .....	5
Tillvägagångssätt .....	6
Svarsfrekvens och bortfallsanalys.....	6
Validitet och reliabilitet .....	6
Analys .....	7
Etiska överväganden .....	7
<b>Resultat</b> .....	<b>8</b>
Sektion 1: Demografisk information. ....	8
Sektion 2: Erfarenheter av anhörigas närvaro.....	9
Sektion 3: Attityder till anhörigas närvaro.....	10
<b>Diskussion</b> .....	<b>14</b>
Metoddiskussion .....	14
Resultatdiskussion .....	15
<b>Slutsats</b> .....	<b>18</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>19</b>

# Inledning

Författarna till denna studie är sjuksköterskor med flera års erfarenhet inom akutsjukvård. I vårt arbete som sjuksköterskor i ambulans och på akutmottagning ställs vi då och då inför frågan om det är lämpligt eller inte att låta anhöriga närvara vid återupplivningsförsök vid hjärtstopp. Flera undersökningar har gjorts om anhörigas syn på sin egen närvaro vid denna akuta vårdssituation. Dessa studier har visat att anhöriga i stor utsträckning önskar få möjlighet att närvara vid en A-HLR situation. Vår erfarenhet är att anhöriga sällan erbjuds att vara närvarande samt att det föreligger en viss skillnad mellan sjuksköterskor, beroende på var man arbetar, i synen på denna speciella akuta vårdssituation. Vi ser det därför som intressant och angeläget att närmare undersöka hur sjuksköterskor inom olika akutenheter upplever detta. Vi har en önskan om att få ökad kunskap inom detta område både för egen del, för att kunna sprida det vidare till våra kollegor på respektive arbetsplats samt även att få fram ett underlag för att kunna utveckla riktlinjer och rutiner i denna fråga.

## Bakgrund

I stora delar av världen har gängse rutiner i alla år varit att inte tillåta anhörigas närvaro vid återupplivningsförsök. År 1982 tvingades dock personal vid Foote Hospital, Michigan USA, att göra ett avsteg från dessa rutiner. Hustrun till en polisman, som skottskadats och drabbats av hjärtstopp, vägrade nämligen att lämna rummet där A-HLR påbörjats. Personalen tillät således kvinnan att vara närvarande i akutrummet i sällskap med en präst. Ytterligare en händelse inträffade vid samma tidpunkt på samma sjukhus då en anhörig som medföljde ambulans vägrade att lämna sin närstående trots att sjukhusets rutiner egentligen ej tillät anhörigas närvaro vid den akuta vårdssituationen (Doyle, Post, Burney, Maino, Keefe & Rhee, 1987). Efter utvärdering av dessa enskilda händelser har det framför allt i USA och England gjorts flera studier i ämnet. Detta har resulterat i att man arbetat fram en policy för hur dessa akuta situationer skall hanteras. I övriga Europa är detta fortfarande en kontroversiell fråga och först på senare tid har det blivit ett uppmärksammat och diskuterat ämne.

## Plötsligt hjärtstopp

Det tillstånd som i USA och Europa orsakar flest dödsfall utanför sjukhus är plötsligt hjärtstopp. Av Europas ca 729 miljoner invånare drabbas ca 275 000 personer årligen av hjärtstopp utanför sjukhus (Atwood, Eisenberg, Herlitz & Rea, 2005). Enligt tillgängliga uppgifter från Svenska rådet för hjärt-lungräddning drabbas ca 15 000 personer per år i Sverige av ett plötsligt hjärtstopp varav ungefär 10 000 sker utanför sjukhus (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2007). På det för studien aktuella sjukhuset inträffar enligt hjärt-lungräddningsansvarig sjuksköterska (muntlig information, 20 november 2007) ca 50-60 hjärtstopp årligen vilka registreras med särskilda hjärtstoppssprotokoll. Tyvärr registreras inte de antal hjärtstopp som inträffar prehospitalt i det aktuella sjukhusets upptagningsområde. Chansen för överlevnad är till stor del kopplad till om hjärtstoppet är bevittnat samt till att hjärt-lungräddning (HLR) påbörjats snarast. Tidig HLR är det mest väsentliga för att upprätthålla cirkulation och andning och leder i sin tur till att chansen för överlevnad ökar med 2-3 gånger (Svenska rådet för hjärt lungräddning, 2006).

Ett hjärtstopp innebär att hjärtat plötsligt drabbas av störning i dess normala elektrisk aktivitet. Detta leder till att hjärtats pumpförmåga kraftigt försämras eller totalt upphör, vilket i sin tur omedelbart resulterar i cirkulationsstopp. De vanligaste förekommande elektriska störningarna ventrikel takykardi (hjärtat drabbas av en snabb hjärtrusning) och ventrikel flimmer (totalt kaos i elektriska aktiviteten). Dessa båda tillstånd kan följas av asystoli eller pulslös elektrisk aktivitet (PEA). Redan efter några få minuter av cirkulationsstopp får hjärnan irreversibla skador orsakade av syrebrist vilket försämrar överlevnad och kan ge kvarstående skador över längre sikt om patienten överlever (Zipes, Libby, Bonow & Braunwald, 2005).

## Hjärt-lungräddning

De Svenska riktlinjerna för A-HLR ges ut av Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2006). Dessa baseras i sin tur på internationella riktlinjer från European Resuscitation Council. De åtgärder som tveklöst leder till ökade chanser för överlevnad är tidigt och effektiv HLR vid bevitnade hjärtstopp, samt tidig defibrillering för att slå ut den kaotiska elektriska aktivitet som hjärtat drabbats av och därmed ge hjärtats egen elektriska aktivitet en chans att återgå till det normala. I det aktuella sjukhusets behandlingsprogram för ambulanssjukvården ingår att självständig utföra A-HLR vid hjärtstopp. Detta innebär att avancerad hjärt-lungräddning enligt de Svenska riktlinjerna påbörjas direkt vid ambulansens ankomst. Initialt konstateras hjärtstopp, dvs. att den drabbade är medvetslös, har andningsstopp samt är pulslös. Om hjärtstoppet är obevittnat och antas ha haft en duration över 5 minuter påbörjas alltid HLR i 2 minuter med en takt av 100 kompressioner per minut. Detta utförs i en serie av 30 bröstkompressioner därefter två inblåsningar i snabb takt följt av 30 bröstkompressioner ånyo. Efter att HLR utförts i två minuter analyseras rytmen via ambulansens defibrillator. Då hjärtstoppet är bevitnat och HLR påbörjats tidigt kommer en defibrillering att göras omgående när hjärtstoppet har konstaterats. Efter analys fortsätter behandlingen med HLR alternativt defibrillering. Samtidigt som dessa åtgärder utförs ges specifika läkemedel intravenöst och intubation utförs om patienten ej har återfått egenandning. Om ett hjärtstopp inträffar på sjukhus startar personal åtgärder enligt samma riktlinjer. Samtidigt larmas ett akutteam bestående av narkosläkare och narkosköterska samt medicinläkare för fortsatt behandling. Vid de tillfällen A-HLR ej ger avsedd effekt är det ansvarig läkare som tar beslut om att avbryta återupplivning.

## Anhörigas närvaro

Cirka 63 procent av alla hjärtstopp i Sverige sker i hemmet där det oftast är anhöriga som bevitnar detta och därmed larmar ambulans (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2007). När personalen inom ambulanssjukvården ställs inför frågan om anhöriga ska få närvara vid A-HLR befinner de sig oftast på den drabbades och de anhörigas arena. Inne på sjukhuset däremot är det personalens hemmaplan och utgångsläget för detta ställningstagande kan då vara ett annat. I HLR-rådets A-HLR schema (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2006, s.52) finns det skrivet: *"Anhöriga tas omhand och erbjuds närvara om omständigheterna tillåter"*. Här poängteras således att det är de anhörigas vilja som skall råda och beslutet att närvara under HLR skall alltid vara deras eget beslut. I samma skrift framgår också det viktiga i att avdela en person att stötta anhöriga oavsett om de väljer att närvara vid A-HLR situationen eller inte.

## **Sjuksköterskors upplevelser och syn**

Tidigare studier inom detta område visar på att sjuksköterskor har delade meningar om anhörigas närvaro vid återupplivningsförsök (Badir & Sepit, 2007; Redley & Hood, 1996). Vissa av dem menar att anhörigas oroliga beteende kan riskera att störa det pågående räddningsarbetet för mycket medan andra menar att det är den specifika situationen, de anhörigas medicinska kunskaper samt i vilken ålder patienten är som avgör om de erbjuder de anhöriga att vara närvarande eller ej. Andra sjuksköterskor uttrycker sin oro över att det kan vara en skrämmande upplevelse att vara närvarande. Flera sjuksköterskor anser att anhöriga inte ska nekas rätten att vara med sina nära till slutet, om deras val är att vara närvarande bör de få stöd från personalen samt att en utsedd sjuksköterska bör finnas där för deras skull. En annan aspekt som sjuksköterskorna lyfte fram var att de kände sig iakttagna och situationen upplevdes obehaglig när anhöriga var närvarande. Resultatet från en studie gjord i Glasgow (Hallgrimsdóttir, 2000) visar på ett behov av att det ska finnas en tydlig policy huruvida anhöriga ska tillåtas närvara vid återupplivningsförsök eller ej. Det ansågs också att en personal måste avdelas att ta hand om anhöriga om de valde att närvara vid den akuta vårdsituationen. Knappt hälften av de tillfrågade sjuksköterskorna var dock osäkra till huruvida anhöriga borde närvara överhuvudtaget. Av de tillfrågande hade 39 procent erfarenhet av att ha haft anhöriga närvarande vid HLR. Många av dem upplevde detta som distraherande och stressfullt. 15 procent av sjuksköterskorna menade dock att det var mycket positivt för de anhöriga att få ta del av allt som gjordes för patienten. Walker (1999) diskuterar i sin artikel det moraliska och etiska dilemmat i denna fråga och hon skriver i sin slutsats att det mestadels kommer an på personalens villighet att respektera patientens och de anhörigas rätt till autonomi i frågan huruvida anhöriga tillåts närvara eller ej. Redley & Hood (1996) uttrycker att sjuksköterskor är mer positiva till att ha anhöriga närvarande vid HLR än vad läkarna är. I denna studie framkommer också att akutmottagnings-sjuksköterskor är mer positiva till detta än intensivvårdssjuksköterskor. I en undersökning gjord i Turkiet (Badir & Sepit 2007) uttrycker flertalet av sjuksköterskorna att de inte anser att det är viktigt för anhöriga att vara med sin närstående under A-HLR, inte heller att anhöriga bör erbjudas att vara närvarande i dessa situationer. Dessa sjuksköterskor har aldrig själva erbjudit anhöriga att närvara. Hälften av de tillfrågade sjuksköterskorna hade ingen erfarenhet alls av att anhöriga varit närvarande under A-HLR. Sjuksköterskorna lyfter också fram att det kan vara ett brott mot sekretessen om anhöriga finns i rummet och hör det som sägs om patienten. Anhörigas bristfälliga kunskaper i HLR skulle kunna leda till att de uppträder störande i räddningsarbetet.

## **Anhörigas upplevelser och syn**

Det finns studier som beskriver anhörigas upplevelser och syn på att vara närvarande vid HLR. Dessa har till stor del visat att anhöriga har en positiv syn på att närvara under A-HLR på en närstående. Resultaten i en studie från USA där 25 anhöriga intervjuats visar att 80 procent av de tillfrågade anhöriga hade velat vara närvarande om de hade tillfrågats, 96 procent ansåg att anhöriga alltid skall tillåtas att vara kvar hos sin närstående, 68 procent trodde att deras närvaro skulle ha varit till hjälp för den närstående och 64 procent ansåg att deras sorgearbete hade underlättats om de varit närvarande vid återupplivningen. Slutsatsen av denna studie konstaterar att anhöriga vill ges möjlighet att närvara under HLR och att det är en viktig uppgift för sjukvården att utveckla riktlinjer för att kunna möta detta behov från anhöriga. I studien framkom också något överraskande att nära anhöriga så som föräldrar samt äkta makar inte upplever att deras sorgearbete skall underlättas av närvaron utan sorgen av att förlora en så nära anhörig skulle vara lika stor ändå. (Mayers, Eichhorn & Guzzetta, 1998).

I en kvalitativ studie av Weslien, Nilstun, Lundqvist och Fridlund (2005) intervjuades 17 nära anhöriga som varit närvarande under återupplivningsförsök. Resultatet av denna studie visar på vikten av att sjukvårdspersonalen är lyhörda för de anhörigas olika behov. Här beskriver en anhörig sina känslor av övergivenhet då denne lämnades ensam, samtidigt som en annan anhörig upplever det positivt när sjuksköterskan är lyhörd och förstår dennes behov av att vara ensam i denna svåra situation. Enkla handlingar såsom att bli erbjuden något att dricka uppskattades. Att ges möjlighet att vara närvarande under HLR ansågs som mycket viktigt. En anhörig rapporterar att han/hon aldrig hade kunnat lämna den akuta HLR situationen. En annan anhörig är av åsikten att han/hon borde ha tillfrågats om eventuell närvaro i akutrummet. De som ej varit närvarande i akutrummet kände sig efteråt osäkra på att allt verkligen gjorts för deras närstående. I denna studie framkommer också att de anhöriga ej ifrågasatte ambulanspersonalens agerande på händelseplatsen. Detta tros vara på grund av att de då var närvarande och såg vad som skedde. I en annan studie av samma författare (Weslien Nilstun, Lundqvist & Fridlund, 2006) lyfts det fram att vissa anhöriga har en rädsla för att vara i vägen och störa räddningsarbetet. Ett exempel på detta är åsikten att det var bättre att teamet koncentrerade sig på att försöka rädda deras närstående än att de skulle behöva koncentrera sig på en anhörig också. Även det faktum att det inte finns så mycket utrymme på akutrummen och att mycket teknisk utrustning behöver få plats påverkade de anhörigas synsätt.

## **Travelbee´s omvårdnadsteori**

I sjuksköterskors ansvar ligger inte bara att ge kompetent omvårdnad till patienter utan också att ta hand om anhöriga på ett bra sätt. Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod (2002) ska vård ges villkorslöst till den enskilde och familjen vilket innebär att familjen inte kan uteslutas om inte den enskilde vill det. Enligt Jahren Kristoffersen (2002) finns inga teorier som ger konkreta anvisningar om hur en sjuksköterska ska agera vid kris- och förlustreaktioner. I många situationer som sjuksköterskan ställs inför ger den teoretiska kunskapen en allmän och generell grundval för bedömning, förståelse och handlingssätt.

Joyce Travelbee´s omvårdnadsteori bygger på en existentiellistisk människosyn (Travelbee, 1971). Hon anser att lidande och smärta inte går att undvika i det mänskliga livet och att omvårdnad består av att hjälpa den drabbade att finna en mening i det som sker. Travelbee menar att det är i den mellanmänskliga processen som den professionella sjuksköterskan hjälper en individ eller familj att förebygga lidande eller bemästra erfarenheter av sjukdom. Målet med omvårdnad är att individen får stöd i att bemästra, leva och finna mening i de erfarenheter som kan bli följden med lidande och sjukdom. Travelbee´s teori väver gärna in hopp i omvårdnadens mål och syfte. Det gäller för sjuksköterskan att understödja hoppet hos individer som lider. Hoppets kärna utgörs av människans grundläggande tillit till omvärlden, denna upplevelse av tillit och hopp bibehålls om omgivningen tillgodoser individens behov av hjälp. Människor är beroende av varandra, detta blir tydligt när individens egna resurser inte räcker till. Människan som hoppas upplever en möjlighet att välja, vilket upplevs som frihet och autonomi. Detta är av största betydelse för att individen ska uppleva kontroll över sitt eget liv i extrema situationer.



## Syfte

Syftet med studien var att undersöka och jämföra ambulanssjuksköterskors, akutmottagnings-sjuksköterskors samt hjärtsjuksköterskors attityder till och erfarenheter av anhörigas närvaro vid A-HLR.

## Material och metod

### Design

Studiens design är en deskriptiv och empirisk med en kvantitativ ansats, d.v.s. en beskrivande vetenskaplig undersökning av verkligheten. En kvantitativ ansats innebär att studien utövas i verkligheten och innefattar mätningar som bearbetas och analyseras statistiskt (DePoy & Gitlin, 1999). Därför genomfördes studien som en enkätundersökning med slutna frågor/påståenden för att få fram erfarenhetsmässig fakta.

### Datainsamlingsmetod

Enkäten som använts i studien är ursprungligen densamma som European Society of Cardiology (ESC) använt sig av i tidigare studier (bilaga 1) (Fulbrook, Albarran & Latour, 2005). Enkäten har översatts till svenska av Undertaking Nursing Interventions Throughout Europe (UNITE) vilket är en arbetsgrupp under ESC. Detta frågematerial har anpassats något för att svara mot studiens syfte. De delar av den demografiska informationen som skulle kunna röja respondenternas anonymitet har uteslutits. Exempel på detta är information angående respondentens kön och ålder. Enkäten är uppbyggd i tre delar där sektion ett innefattar demografisk information, sektion två berör sjuksköterskans personliga erfarenhet av anhörigas närvaro vid A-HLR och sektion tre speglar respondentens egna attityder till anhörigas närvaro vid A-HLR. Frågorna i sektion två har endast ja/nej som svarsalternativ, medan påståenden i sektion tre har ett femgradigt svarsalternativ som graderas mellan starkt oenig till starkt enig. För att inhämta ytterligare information har en slutna fråga med femgradigt svarsalternativ, om respondenten själv skulle vilja vara närvarande vid HLR på en nära anhörig, (fråga nr. 30, sektion 3) lagts till. Efter den sista frågan gavs möjlighet för respondenten att ge synpunkter och kommentarer.

### Urval

Urvalet av sjuksköterskor gjordes med hänseende till studiens syfte. Tre akutmottagningsenheter, där flertalet av respondenterna förväntades ha erfarenhet av återupplivningsförsök vid hjärtstopp och omhändertagande av anhöriga i dessa situationer, ansågs lämpliga för denna studie. Studien genomfördes som en totalundersökning då antalet inkluderade respondenter var samtliga sjuksköterskor verksamma inom ambulanssjukvården, akutmottagningen och hjärtvårdsavdelningen inklusive hjärtintensivvårdsavdelningen (HIA) vid ett länsdelssjukhus i södra Sverige. Dessa sjuksköterskor var tillsammans 101 personer. Samtliga sjuksköterskor inkluderades i studien för att få ett tillräckligt stort underlag för att kunna göra jämförelser. Sjuksköterskorna grupperades efter arbetsplats.

## **Tillvägagångssätt**

Vårdenhetschefen för respektive enhet kontaktades via telefon och medgav sitt intresse av att sjuksköterskorna på enheten skulle ingå i studien. Skriftligt tillstånd att genomföra enkätundersökningen inhämtades sedan från respektive verksamhetschef samt vårdenhetschef (bilaga 2). Namnlistor på de aktuella sjuksköterskorna hämtades hos vårdenhetscheferna, varefter enkäten skickades i brev via internpost till samtliga respondenter. I följebrevet till enkäten framgår det att deltagandet i undersökningen är helt frivilligt och att respondenternas anonymitet kommer att garanteras, att enkäten ej är numrerad och ej skall skrivas under. Dessutom har viss demografisk information så som kön och exakt ålder ej efterfrågats i syfte att garantera anonymiteten. Respondenterna uppmanades att fylla i enkäten enskilt. Svaren lämnades sedan i en sluten låda på respektive avdelning. Till sjuksköterskorna inom ambulanssjukvården, vars arbetsplats ej är inne på sjukhuset, medföljde ett i förväg ifyllt svarskuvert. Enkät-svaren skickades åter med internpost. Efter två veckor skickades en skriftlig påminnelse till samtliga enhet ut (bilaga 3).

## **Svarsfrekvens och bortfallsanalys**

Totalt lämnades 101 enkäter ut, av dessa besvarades 83. Svarsfrekvensen mellan de olika enheterna varierade något. Av 36 enkäter utdelade till ambulanssjuksköterskor besvarades 29 (80,5 procent). Av 28 utdelade enkäter till akutmottagningssjuksköterskor besvarades 27 (96,4 procent). Av 37 utdelade enkäter till hjärtsjuksköterskor besvarades 27 (73,0 procent). Detta innebär en total svarsfrekvens på 82,2 procent. I 27 av de 83 inkomna enkäterna finns kommentarer skrivna. Av dessa är 11 från ambulanssjuksköterskor, 10 från akutmottagningssjuksköterskor samt 6 från hjärtsjuksköterskor.

Det externa bortfallet var totalt 17,8 procent. 18 av de utlämnade enkäterna besvarades ej. Ett svarsalternativ i enkäten var "vet inte". Detta har registrerats som internt bortfall då svarsalternativet innebär att respondenten inte tar aktiv ställning till frågan. Övrigt internt bortfall var en enkät där den demografiska informationen helt saknades.

## **Validitet och reliabilitet**

Begreppet validitet innefattar flera delar, en övergripande definition för dessa är hur väl en studies resultat går att koppla till syftet. Logisk validitet är att ett mätinstrument mäter det som avsetts att mäta. Validiteten kan även säkerställas genom att experter inom området granskar instrumentet, detta kallas överrensstämmevaliditet (Olsson & Sörensen, 2007). Den samtidiga validiteten kan säkerställas genom att mätinstrumentet testas på en grupp som liknar den som mätinstrumentet är framtaget för, resultatet jämförs sedan med resultatet från en annan mätmetod. En kvantitativ studie anses ha god validitet när mätinstrumentet mäter det som avsetts och är relevant att mäta (Patel & Davidsson, 2003).

God reliabilitet innebär att resultatet av mätningen är pålitligt och utförd på ett tillförlitligt sätt. Det är viktigt att alla enkätfrågor är tydliga så att de inte kan missuppfattas samt att instruktionen till hur enkäten skall genomföras uppfattas korrekt av respondenterna. Enkäten bör även vara konstruerad så att den är lätt att besvara. Först när enkäten är besvarad går det att bedöma om den varit reliabel, detta avgörs av om respondenterna uppfattat och besvarat frågorna på ett korrekt sätt (Patel & Davidsson, 2003).

I denna studie användes ett redan internationellt testat mätinstrument, som konstruerats av personer väl insatta i detta ämne, och som kopplats mot syftet för studien. Därför ansågs enkäten inneha en god validitet och reliabilitet. Endast en fråga som konstruerats för denna studie har ej tidigare testats (fråga 30 sektion 3, bilaga 1).

## **Analys**

Data har sammanställts, analyserats och jämförts. Det mest intressanta var att se om det fanns några signifikanta skillnader i synsätt mellan sjuksköterskor med olika inriktning av akutsjukvård. Med hänvisning till Patel & Davidsson (2003) samt Ejlertsson (2003) slogs vid bearbetningen av data de två eniga samt de två oeniga skalstegen samman till ett enigt samt ett oenigt skalsteg. Data befanns vara på nominalskalenivå, dvs. endast klassindelad. Därför användes chitvåtest enligt Ejlertsson (2003) för att se om några signifikanta skillnader framkom mellan grupperna. Data matades in i statistikbearbetningsprogrammet SPSS 14.0. I de fall chitvåtest ej ansågs statistiskt tillrädligt (för få (<5) svar inom varje alternativ) fick Fishers exakta test användas. Då denna analys inte var möjlig att utföra i SPSS 14.0 användes statistikbearbetningsprogrammet SAS® 9.1.3. Som signifikansgräns har  $p \leq 0,05$  använts vid analysen. Resultatet presenteras i tabeller och löpande text.

## **Etiska överväganden**

De etiska principer som all omvårdnadsforskning ska bygga på har sin grund i FN:s deklARATION om de mänskliga rättigheterna samt i Helsingforsdeklarationen. Principen om autonomi (självbestämmanderätt) innebär att en individ inte får göras till föremål för tekniska och vetenskapliga syften. Tvång får inte heller förekomma. Forskning som inkluderar människor måste byggas på individens fulla och informerade samtycke. Deltagarens värdighet, integritet och sårbarhet ska respekteras och skyddas. Genom att respektera principer som frivillighet, skydd av privatliv, informerat samtycke och rätten att dra sig ur ett forskningsprojekt samt att inte röja individens identitet säkerställs principen om autonomi. Att forskningen ska vara till potentiell nytta för omvårdnaden och att den enskildes välfärd går före forskningen innefattas i principen om att göra gott. För att följa principen om att inte skada ska forskaren inventera möjliga risker, vidta åtgärder för att förhindra dessa samt att informera deltagaren om eventuella risker. Säkerheten måste alltid garanteras. Slutligen finns principen om rättvisa vilket innebär att alla ska behandlas lika och att forskaren ska värna om de svaga (Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden, 2003).

Respondenterna i denna studie har informerats om att deltagandet är helt frivilligt, och när som helst kan avbrytas samt att alla enkätsvar lämnas helt anonymt. Ursprungsenkäten har förändrats genom att de delar av den demografiska informationen som skulle kunna röja respondenternas anonymitet har uteslutits. Exempel på detta är information angående respondentens kön och exakt ålder. Tillstånd att genomföra studien inhämtades skriftligt från respektive verksamhetschef samt vårdenhetschef innan studien påbörjades. En etisk egengranskning har också utförts.

# Resultat

Resultatet redovisas i löpande text och tabeller utifrån samma uppställning som enkäten. I sektion ett redovisas respondenternas demografiska information, i sektion två respondenternas personliga erfarenheter av att anhöriga har varit närvarande under HLR och i sektion tre redovisas respondenternas personliga attityder till anhörigas närvaro under HLR. Tredje sektionen redovisas uppdelat i tre stycken med 10 påståenden i varje då enkäten delats upp på samma vis. Först i varje sektion/stycke presenteras de signifikanta skillnaderna i löpande text med citat av respondenternas kommentarer för att ytterligare illustrera respondenternas syn därefter presenteras resultatet i tabellform.

## Sektion 1: Demografisk information.

Vid statistisk jämförelse med chitvåtest fanns inga signifikanta skillnader mellan yrkesgrupperna vad gäller gruppindelning i ålder, antal år i yrket eller antal år som sjuksköterska. Därför betraktades dessa yrkesgrupper som jämförbara i den fortsatta analysen.

I sektion ett redovisas var respondenten har sin arbetsplats, respondenternas ålder (tabell 1), hur många års erfarenhet de har som sjuksköterska (tabell 2), samt hur många år de arbetat på nuvarande arbetsplats (tabell 3).

I tabell 1 framkommer det finns en spridning i alla åldersgrupper, flest sjuksköterskor, 44 procent, som deltar i studien är i åldersgruppen 30-40 år (tabell 1).

Tabell 1. Respondenternas ålder

Ålder	Ambulans	Akutmott.	HIA	Total
20-30	2	3	5	10
31-40	15	10	11	36
41-50	7	5	3	15
> 50	5	9	7	21
Total	29	27	26	82

Övervägande del av sjuksköterskorna i studien har lång yrkeserfarenhet inom sitt nuvarande område, 77 procent av dem har arbetat mer än 6 år och 29 procent har mer än 15 års erfarenhet inom sitt nuvarande område (tabell 2).

Tabell 2. Respondenternas erfarenhet av nuvarande arbetsområde

Antal år	Ambulans	Akuttmott.	HIA	Total
0-5	5	7	7	19
6-10	8	9	9	26
11-15	5	4	4	13
16-20	6	0	3	9
> 20	5	7	3	15
Total	29	27	26	82

Av sjuksköterskorna i studien har 22 procent arbetat 0-5 år som sjuksköterska och 21 procent mer än 20 år (tabell 3).

Tabell 3. Respondenternas erfarenhet som sjuksköterska

Antal år	Ambulans	Akuttmott.	HIA	Total
0-5	6	5	7	18
6-10	8	5	3	16
11-15	8	4	7	19
16-20	3	4	5	12
> 20	4	9	4	17
Total	29	27	26	82

## Sektion 2: Erfarenheter av anhörigas närvaro.

Sektion två redovisar sjuksköterskornas olika personliga erfarenheter av att anhöriga är närvarande under A-HLR.

Ambulanssjuksköterskorna är den grupp som har mest erfarenhet av att anhöriga är närvarande, 90 procent. Akutmottagningssjuksköterskorna har minst erfarenhet. I den gruppen har endast 48 procent erfarenhet av att anhöriga är närvarande under HLR. Hjärt-sjuksköterskorna befinner sig däremellan då 78 procent anger att de har erfarenhet av anhöriga varit närvarande (tabell 4). ”Har varit med om ett hjärtstillestånd där man bad hustrun att gå ut men det ville hon inte utan sa att hon ville vara kvar i rummet ifall maken inte skulle överleva. Hon fick trots detta gå ut. Maken överlevde inte och hon sa att kände sig väldigt kränkt över att inte få vara närvarande då han dog” (Hjärt-sjuksköterska).

59 procent av ambulanssjuksköterskorna anger att de har en eller flera positiva erfarenheter. ”Förståelse för att man har gjort allt som är möjligt ökar då anhöriga ser på upplever jag. Många gånger har de sagt att ”ni har verkligen gjort allt” ” (Ambulanssjuksköterska).

Av akutmottagningssjuksköterskorna har 26 procent en eller flera positiva erfarenheter. Hjärt-sjuksköterskorna anger att 37 procent av dem har en eller flera positiva erfarenheter av att anhöriga varit närvarande under HLR (tabell 4).

Tabell 4. Respondentens personliga erfarenhet.

Fråga	Ambulans n=29		Akutm. n=27		Hia n=27		Bortfall	Sign. nivå
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej		
Har du varit med om någon situation där anhöriga varit med under HLR?	26	3	13	14	21	6	0	*
Har det hänt att anhöriga frågat dig om att få vara närvarande under HLR?	6	23	4	23	6	21	0	n.s.
Har du någon gång erbjudit anhöriga att vara närvarande under HLR?	14	15	7	20	6	21	0	n.s.
Har din enhet/avdelning ett protokoll eller skriftliga riktlinjer för anhörigas närvaro under HLR?	0	29	0	24	0	26	4	n.s.
Har du haft en eller flera positiva erfarenheter när anhöriga varit närvarande under HLR?	17	12	7	20	10	17	0	*
Har du haft en eller flera negativa erfarenheter när anhöriga varit närvarande under HLR?	7	22	4	23	8	19	0	n.s.

Signifikansnivåer \*  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,01$ , n.s.= ej signifikant skillnad mellan grupperna, enligt chitvåtest.

### Sektion 3: Attityder till anhörigas närvaro.

Sektion tre beskriver sjuksköterskornas personliga attityder till anhörigas närvaro under A-HLR.

I frågan som värderar sjuksköterskans uppfattning av ansvarig läkares syn på anhörigas närvaro vid A-HLR situationen framkommer en signifikant skillnad. Hjärtsjuksköterskor anser i större utsträckning att ansvarig läkare inte vill ha anhöriga närvarande vid A-HLR (tabell 5).

Det finns också en signifikant skillnad i synen på vem som skall ansvara för beslutet om anhörigas närvaro under A-HLR. Ambulanssjuksköterskorna är enda gruppen som ställer sig positiva till att låta sjuksköterskan ansvara för beslutet om anhörigas eventuella närvaro under A-HLR. Detta anser 65 procent av de tillfrågade ambulanssjuksköterskorna. Här instämmer 29 procent av akutmottagningssjuksköterskorna samt 39 procent av hjärtsjuksköterskorna (tabell 5). ”*Diskussion i HLR teamet när alla är på plats bör ske om anhöriga skall vara med eller ej!*”(Hjärtsjuksköterska).

Tabell 5. Respondentens personliga attityder.

Påstående	Ambulans n=29		Akutm. n=27		Hia n=27		Bort fall	Sign. nivå
	Enig	Oenig	Enig	Oenig	Enig	Denig		
Anhöriga skall alltid erbjudas möjligheten att närvara under HLR. Det är alltid deras beslut.	14	13	12	8	10	14	12	n.s.
Läkare vill att anhöriga skall vara närvarande under HLR.	2	6	3	9	0	17	46	♦
Sjuksköterskor vill <i>inte</i> att anhöriga skall vara närvarande under HLR.	7	14	8	12	12	8	22	n.s.
Sjuksköterskor skall ha ansvar för att bestämma om anhöriga kan vara närvarande under HLR.	15	8	6	15	9	14	16	*
Läkare skall ha ansvar för att bestämma om anhöriga kan vara närvarande under HLR.	9	11	13	10	10	12	18	n.s.
Det skall vara ett gemensamt ansvar för alla i återupplivningsteamet att bestämma om anhöriga kan vara närvarande (eller ej).	20	9	17	7	17	7	6	n.s.
Det kan vara problem i förhållande till tystnadsplikten när detaljer om patienten diskuteras om anhöriga är närvarande under HLR.	11	17	10	9	12	12	12	n.s.
På grund av att anhöriga inte förstår behovet av vissa åtgärder är det en ökad risk att anhöriga kommer i diskussion med teamet.	10	17	16	9	15	9	7	n.s.
Anhöriga bör vara närvarande under HLR så de kan involveras i beslut.	9	15	8	13	6	14	18	n.s.
Om anhöriga är närvarande under HLR ökar sannolikheten att de accepterar ett beslut om att behandlingen avslutas.	16	4	12	3	14	7	27	n.s.

Signifikansnivåer \*  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,01$ , n.s.= ej signifikant skillnad mellan grupperna, enligt chitvåtest. Signifikansnivå ♦  $\leq p 0,05$  signifikant skillnad mellan grupperna, enligt Fishers exakta test.

Det framkommer signifikanta skillnader mellan grupperna i påståendet att anhöriga inte skall vara närvarande under A-HLR då det är alltför plågsamt för dem. Här anser 80 procent av ambulanssjuksköterskorna att A-HLR upplevelsen ej är plågsam för de anhöriga som närvarar, medan 57 procent av akutmottagningssjuksköterskorna ”*Jag anser att anhöriga inte ska vara med på rummet vid HLR. Processen ser otäck ut och jag tror inte anhörigas sorgeprocess hjälps av det*” (Akutsjuksköterska) och 44 procent av hjärtsjuksköterskorna anser det samma (tabell 6).

I frågan om det finns tillräckligt med personal för att kunna ge den anhörige ett emotionellt stöd och möjlighet att finnas kvar hos denne under hela processen ses också en signifikant skillnad. Endast 8 procent av ambulanssjuksköterskorna anser att det finns tillräckligt med personal för att kunna erbjuda detta. Av akutmottagningssjuksköterskorna anser 39 procent detsamma ”*Inte alltid det finns personal att ta hand om anhöriga*” (akutmottagningssjuksköterska), medan 60 procent av hjärtsjuksköterskorna anser att det finns tillräckligt med resurser

för detta (tabell 6) ”Tyvärr kan det vara svårt att under natten vara tillräckligt med personal på avdelningen så att man kan stötta anhöriga, det är ett dilemma” (Hjärtsjuksköterska).

Ett praktiskt problem som att patientrummen är för små för att rymma både A-HLR teamet samt anhöriga har också visat signifikant skillnad beroende på arbetsplats; 77 procent av akutmottagningsköterskorna ”Trånga rum” (Akutmottagningsjuksköterska), 46 procent av hjärtsjuksköterskorna samt 28 procent av ambulansjuksköterskorna anser detta (tabell 6).

Tabell 6. Respondentens personliga attityder

Påstående	Ambulans n=29		Akutm. n=27		Hia n=27		Bortfall	Sign. nivå
	Enig	Oenig	Enig	Denig	Enig	Oenig		
Det är mycket troligt att anhöriga blandar sig i återupplivningsarbetet.	5	23	5	15	5	18	12	n.s.
Anhöriga skall inte vara närvarande under HLR då det är alltför plågsamt för dem.	4	16	12	9	8	10	24	*
Sjuksköterskor och medicinsk personal har svårt att koncentrera sig när anhöriga ser på.	3	23	7	14	6	21	9	n.s.
Teamets prestation påverkas positivt på grund av anhörigas närvaro.	5	18	3	11	6	9	31	n.s.
Under HLR kan återupplivningsteamet komma att säga saker som kan uppröra anhöriga.	15	12	17	6	18	7	8	n.s.
Det finns tillräckligt med personal för att kunna ge emotionellt stöd och vara hos anhöriga under HLR.	2	23	9	14	12	8	15	**
De flesta patientrummen är för små för att anhöriga skall kunna vara närvarande under HLR.	4	10	20	6	12	14	17	*
Det bör <i>inte</i> vara normal praxis att anhöriga närvarar vid återupplivning av en familjemedlem.	11	10	13	9	15	6	19	n.s.
Om anhöriga är närvarande under HLR, skall det finnas en medlem i teamet vars enda roll är att ta hand om de anhöriga.	22	4	25	0	25	1	6	n.s.
Anhörigas närvaro under HLR är till nytta för patienten.	4	18	4	11	7	8	31	n.s.

Signifikansnivåer \*  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,01$ , n.s.= ej signifikant skillnad mellan grupperna, enligt chitvåtest.

Påståendet att anhörigas närvaro under A-HLR hjälper i sorgprocessen om patienten inte överlever visar på signifikanta skillnader i synsättet. Här instämmer 94 procent av ambulansjuksköterskorna samt 100 procent av akutmottagningsköterskorna i detta påstående. Av hjärtsjuksköterskorna anser 66 procent att detta stämmer (tabell 7). ”Att som anhörig bevittna HLR KAN vara skrämmande eller positivt i sorgearbetet beroende på hur anhöriga är som person” (Hjärtsjuksköterska).



Signifikanta skillnader mellan sjuksköterskegrupperna finns även i frågan huruvida respondenterna själva skulle vilja vara närvarande vid HLR på en anhörig. Detta påstående ställer sig 78 procent av ambulanssjuksköterskorna ”*Enig till att själv vilja vara närvarande eftersom vi har en medicinsk utbildning*” (Ambulanssjuksköterska), 67 procent av akutmottagningssjuksköterskorna samt 41 procent av hjärtsjuksköterskorna positiva till (tabell 7).

Tabell 7. Respondentens personliga attityder

Påstående	Ambulans n=29		Akutm. n=27		Hia n=27		Bortfall	Sign. nivå
	Enig	Oenig	Enig	Denig	Enig	Denig		
Anhörigas närvaro under HLR förhindrar att de får en förvrängd bild eller felaktig uppfattning av HLR processen.	19	4	11	6	13	8	22	n.s.
Antalet anmälningar mot sjukhuspersonal kommer att öka pga. att anhöriga kommer att missförstå teamets åtgärder.	1	17	3	10	3	9	40	n.s.
Anhörigas närvaro under HLR hjälper de anhöriga att förstå att allt har blivit gjort för patienten.	23	1	14	3	14	2	26	n.s.
Det är en ökad sannolikhet att teamet förlänger återupplivningsförsöket om en anhörig är närvarande.	9	14	13	5	12	8	22	n.s.
Anhörigas närvaro skapar ett starkare band mellan familjen och sjuksköterskorna.	11	4	9	10	8	8	33	n.s.
Anhörigas närvaro under HLR <i>är inte</i> till nytta för patienten.	15	6	8	6	9	10	29	n.s.
Anhörigas närvaro under HLR hjälper de anhöriga i sorgeprocessen, om patienten inte överlever.	17	1	14	0	10	5	36	♦
Anhörigas närvaro under HLR förlänger den emotionella återanpassningen efter förlusten av en familjemedlem.	2	12	6	7	6	8	42	n.s.
Anhörigas närvaro under ett misslyckat HLR försök är viktigt för att dela de sista ögonblicken med patienten.	11	9	12	4	9	7	31	n.s.
Jag skulle själv vilja vara närvarande vid HLR på en nära anhörig.	18	5	14	7	9	13	17	*

Signifikansnivåer \*  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,01$ , n.s.= ej signifikant skillnad mellan grupperna, enligt chitvåtest. Signifikansnivå ♦  $\leq p 0,05$  signifikant skillnad mellan grupperna, enligt Fishers exakta test.

# Diskussion

## Metoddiskussion

Valet av undersökningsmetod föll på enkätundersökning. Denna metod är ett bra sätt att få information från många respondenter. Nackdelen är att mätmetoden ej ger utförliga svar eller möjlighet till att ställa följdfrågor. Respondenterna har informerats om att enkätsvaren är anonyma vilket gör det enklare att svara ärligt om frågorna uppfattas som känsliga, (Ejlertsson 2005).

Nackdelar med denna metod för insamlandet av information till studien kan vara att de sjuksköterskor som inte aktivt har deltagit vid en A-HLR situation inte vet hur han/hon skulle känna eller bete sig om en anhörig till patienten vore närvarande. Tanken var ändå att respondenterna skulle tänka till och försöka ge sin personliga syn i detta ämne även om de inte hade personlig erfarenhet. Detta visade sig inte vara fallet då flera respondenter valde alternativet ”vet inte”. De gjorde troligen detta på grund av att de inte ansåg sig ha erfarenhet av inom området vilket också kommenterades av några respondenter i den öppna frågan. Det visar på att instruktionen till enkäten inte var så tydlig som den hade behövt vara för att detta missförstånd inte skulle uppstå.

Insamlingstiden för enkäten sattes till två veckor. Efter två veckor placerades en påminnelse på respektive avdelning och ambulansstations informationstavla och insamlingstiden förlängdes med sju dagar (bilaga 3). Den totala svarsfrekvensen blev 83 procent. Om tiden förlängts ytterligare hade det kunnat resultera i att svarsfrekvensen blivit högre då två svar kom flera dagar efter sista inlämningsdag.

Det mätinstrument som använts bedömdes vid studiens början vara tillförlitligt. Enkätens tredje sektion kunde besvaras med fem olika svarsalternativ vilket var ”starkt oenig”, ”oenig”, ”vet inte”, ”enig” och ”starkt enig”. Eftersom det mittersta svarsalternativet var ”vet inte” har flera respondenter inte tagit aktiv ställning i frågorna. Av statistiska skäl kan inte ”vet inte” alternativet analyseras och därför redovisas detta som internt bortfall. Om mätinstrumentet utformats med ett mittalternativ som var neutralt och även alternativet ”vet inte” hade kunnat kryssas i separat hade respondentens attityder kunnat bli mer tydliga då det varit lättare att tolka om respondenten hade en neutral åsikt eller inte hade något svar på frågan/påståendet.

I sektion tre har frågan om respondenten själv skulle vilja vara närvarande vid HLR på en nära anhörig lagts till. Efter sektion tre fanns rader som respondenten disponerade till att ge synpunkter och kommentarer till författarna. Flera av respondenterna, oavsett arbetsplats, har kommenterat att enkäten upplevts otydlig och delvis svår att svara på. Ibland går enkätens påstående mot varandra, som i påstående 20 och 26, och upplevs som att samma påstående besvaras flera gånger. Dessutom innehåller påstående 1 och 9 i sektion 3 dubbla påståenden, det kan vara en tänkbar orsak till att enkäten upplevs otydlig och svår att besvara. Enkäten är inte heller fullt ut anpassad för den prehospitla sjukvården då ambulanspersonal oftast är ensamma utan tillgång till övrig personal eller läkare.

Mätinstrumentets starka sida är att det heltäckande fångar aspekter av sjuksköterskors attityder och erfarenheter till anhörignärvaro vid A-HLR, och kan fungera som underlag om riktlinjer för anhörignärvaro skall utarbetas.

Med en föregående pilotstudie skulle dessa brister i enkätfrågorna ha lyfts fram, med möjlighet att konstruera om de frågorna som otydliga och svåra att svara på (DePoy & Gitlin, 1999). Författarna valde dock att inte göra någon pilotstudie då enkäten redan hade använts vid tidigare internationella studier (Badir, 2005; Fulbrook m.fl. 2005) och därför ansågs hålla en god validitet och reliabilitet.

I de frågor som med analysen Fishers exakta test visat på signifikanta skillnader mellan grupperna fanns ett internt bortfall på 55 respektive 43 procent. Trots att bortfallet är tydligt och skulle kunna påverka trovärdigheten är svaren viktiga att lyfta upp.

## Resultatdiskussion

Syftet med undersökningen var att beskriva och jämföra akutsjuksköterskors attityder och erfarenheter av anhörigas närvaro under A-HLR. I resultatet av undersökningen framkommer tydliga likheter men även signifikanta skillnader i synsätt mellan yrkesgrupperna. De sjuksköterskegrupper som undersökts har olika förutsättningar i sitt yrkesutövande under A-HLR beroende på var de har sin arbetsplats. Denna studies resultat har visat att den grupp som ser mest positivt på anhörigas närvaro är ambulanssjuksköterskorna. För dem finns det oftast inte något alternativ till att tillåta anhöriga att vara kvar hos sin nära som drabbats då de inte anser sig vara tillräckligt med personal för att kunna avdela någon till att enbart ta hand om de anhöriga. De uppfattar dock inte A-HLR som en plågsam upplevelse för de anhöriga utan anser att det hjälper dem i sorgeprocessen om den anhörige avlider. Det kan tolkas som att det är en naturlig situation för en ambulanssjuksköterska att ha anhöriga närvarande när A-HLR utförs eftersom de oftast arbetar på den drabbades hemmaplan där anhöriga ofta finns närvarande.

För de övriga sjuksköterskorna som arbetar i sjukhusmiljö finns både alternativet att avdela personal men även att inte tillåta anhöriga att vara närvarande. Flera av de argument mot anhörigas närvaro som kommit fram i resultatet står i kontrast till det som kommit fram när anhörigas syn på detta har studerats, (Mayers m.fl., 1998; Weslien m.fl., 2005).

I den aktuella studien har 90 procent av ambulanssjuksköterskorna, 48 procent av akutmottagningssjuksköterskorna samt 78 procent av hjärtsjuksköterskorna erfarenhet av att anhöriga har varit med vid A-HLR. Detta kan jämföras med en tidigare gjord studie (Fulbrook m.fl., 2005) där 130 Europeiska sjuksköterskor, deltagare vid en kongress 2002 anordnad av European Federation of Critical Care Nursing Associations, besvarat samma enkät som sjuksköterskorna i denna studie. Där framkommer att 47 procent har erfarenhet av att anhöriga är närvarande under A-HLR. Dessa sjuksköterskor arbetar dock endast på sjukhus och inte prehospitalt.

Akutmottagningssjuksköterskorna är den grupp som har minst erfarenhet av att anhöriga är närvarande. Vad gäller deras upplevelse och syn är det framför allt ett praktiskt hinder för att anhöriga skall ges möjlighet att närvara som skiljer sig signifikant från de övriga grupperna. Patientrummen anses vara för små för att rymma både A-HLR team samt anhöriga. Denna åsikt delas även av de Europeiska sjuksköterskorna i studien av Fulbrook m.fl. (2003) samt av anhöriga enligt Weslien m.fl. (2006).

Den tydligaste signifikanta skillnaden i hjärtsjuksköterskornas syn är att 60 procent anser sig vara tillräckligt med personal för att kunna avdela en person att enbart ta hand om de anhöriga vilket är mycket positivt för de anhörigas del. Detta framkommer även i studien av Axelsson, Zettergren och Axelsson, (2005). Travelbees omvårdnadsteori fokuserar på att ge individer hjälp att få kontroll över sitt liv i extrema situationer, här finns en klar koppling till vikten av att en sjuksköterska bör vara avdelad att enbart stödja de anhöriga.

I flera frågor har de olika sjuksköterskorna en likartad syn. Totalt 46 procent av dem anser att det kan finnas problem i förhållande till tystnadsplikten när detaljer om patienten diskuteras i anhörigas närvaro vilket kan jämföras med en studie av Turkiska sjuksköterskor med samma mätinstrument (Badir & Sepit, 2007) där 88 procent av sjuksköterskorna också anser detta.

I studien framkom att i genomsnitt 21 procent av sjuksköterskorna var oroliga för att anhöriga eventuellt kan blanda sig i räddningsarbetet, vilket kan jämföras med 65 procent av de turkiska sjuksköterskorna (Badir & Sepit, 2007). Detta kan vara orsakat av sjuksköterskorna ser en risk att sådan incident kan äventyra möjligheten att rädda patientens liv.

Gällande ansvarsfrågan om på vems beslut anhöriga tillåts att närvara finns det en tydlig skillnad då ambulanssjuksköterskorna ställer sig positiva till att ansvara för beslutet medan akutmottagningsjuksköterskor och hjärtsjuksköterskor är mer negativa till att vara ansvariga för detta. Det är en logisk följd av de arbetsförhållanden en ambulanssjuksköterska har då det inte finns något alternativ till att någon annan skall ta detta beslut. Inne på sjukhuset är situationen annorlunda, där är sjuksköterskorna mer vana vid att arbeta i team med flera personalkategorier och ställer sig övervägande positiva till att anhörigas eventuella närvaro skall beslutas gemensamt i teamet.

Vid det för studien aktuella sjukhuset känner ingen av sjuksköterskorna till om det finns några skriftliga riktlinjer för anhörigas eventuella närvaro vid återupplivning. När denna fråga ställts till de Europeiska sjuksköterskorna framkommer att endast ca 6 procent uppger att de har en skriftlig policy för detta (Fulbrook m.fl., 2005). Detta är ett område som uppmärksammas allt mer. Anhörigas syn är oftast att de i varje fall vill bli erbjudna att närvara. Skriftliga riktlinjer för hur dessa situationer skall handläggas måste utarbetas. Vikten av detta konstateras även av Hallgrimsdottir (2000).

I en av de kommentarer som redovisats i resultatet framkommer åsikter om att teamet inte alltid talar med respekt till varandra. De uttrycker här en oro om att kommunikationen i A-HLR situationen kan uppröra de anhöriga. Detta visar sig också vara det som 67 procent av samtliga sjuksköterskor anser i denna studie.

Travelbees teori är applicerbar vid akuta svåra händelser såsom hjärtstopp. Ofta befinner sig sjuksköterskan då i en situation där fokus måste vara på den drabbade, men i hennes yrkesansvar ligger också att se till de anhörigas behov. Därför är det oundvikligt enligt denna teori att inte erbjuda anhöriga att vara närvarande under återupplivning av en närstående, men också att respektera att det är den anhöriges egen vilja som råder och att beslutet om närvaro är dennes egna att ta.

Tidigare studier av anhörigas upplevelser i en återupplivningssituation (Weslien m.fl. 2005) har visat att de vill erbjudas möjlighet att ta ett eget beslut om de skall vara närvarande under A-HLR eller ej. De anser att det är viktigt att sjuksköterskan är lyhörd och ser till deras individuella behov. Oavsett vilket beslut det blir, vill de att sjuksköterskan skall finnas där för att stötta. De anhörigas åsikter stämmer väl överens med de omvårdnadsteorier och mål för omvårdnad som Travelbee (1971) har uttryckt. Dessa innebär som tidigare nämnts att sjuksköterskan skall ge stöd i att finna mening i de erfarenheter som kan bli följden av lidande och sjukdom samt understödja hoppet för människor som lider. Här avses både patienter och anhöriga.

I denna studie är det enbart ambulanssjuksköterskornas som arbetar på det sätt som både Travelbee förespråkar och de anhöriga efterfrågar. Här tillåts nästan alltid anhöriga att vara närvarande under A-HLR och därigenom hålls hoppet levande under hela återupplivningsarbetet och de kan med egna ögon se att allt verkligen görs för den anhörige.

För de sjuksköterskor som arbetar på sjukhus är synen på anhörigas närvaro inte lika överensstämmande med Travelbee's teorier och anhörigas önskan. Detta kan vara en följd av att slutenvårdssjuksköterskan har valmöjligheten att inte tillåta de anhöriga närvara, en valmöjlighet som ambulanssjuksköterskan oftast inte har. Detta faktum resulterar i att anhöriga i mindre utsträckning tillåts närvara vid A-HLR situationen vilket i sin tur leder till en brist på erfarenhet hos slutenvårdssjuksköterskan för att låta anhöriga vara närvarande. Denna brist på erfarenhet kan vara det som leder till att slutenvårdssjuksköterskan oftare anser att det finns risker med att anhöriga är närvarande och att det kan vara en negativ upplevelse för dem (Axelsson m.fl., 2005). Att utesluta anhörigas närvaro vid A-HLR situationen kan också uppfattas vara ett sätt att skydda dem från en obehaglig upplevelse. Flera av slutenvårdssjuksköterskor beskriver i den aktuella studien att A-HLR kan vara otäckt att bevittna för anhöriga, detta beskrivs också i Badir och Sepits undersökning av Turkiska sjuksköterskor (2005). En tolkning av detta skulle kunna vara att slutenvårdssjuksköterskan har en syn på anhörigas närvaro som är präglad av äldre rutiner samt oro för anhöriga i en mycket speciell omvårdnadssituation som A-HLR ändå är. Detta resulterar de facto i att anhöriga i större utsträckning utesluts, något som ett mer evidensbaserat synsätt inte stöder. Om anhöriga inte ges möjlighet att vara närvarande kan detta leda till en förlängd sorgprocess samt en tveksamhet om allt verkligen gjordes för att rädda deras anhörig.

## Slutsats

I omvårdnadsarbetet ingår inte bara patienten utan även dennes anhöriga. Med anknytning till Travelbee's omvårdnadsteori går det inte att som sjuksköterska ignorera vad de anhöriga själva önskar i dessa situationer. Denna studie visar att slutenvårdssjuksköterskan i mindre utsträckning följer det tidigare studier visat, dvs. vad anhöriga önskar och behöver vilket även styrks av Travelbee's åsikter (1971). Om denna kunskap och forskning implementeras på rätt sätt innebär det att anhörigas situation och roll stärks till nytta för dem själva och i slutändan också patienten. Det är således viktigt att sjuksköterskan respekterar de anhörigas vilja och ger dem möjlighet att fatta ett eget beslut om att närvara eller inte vid A-HLR situationer.

Detta är ett område som ännu inte uppmärksammas och diskuterats i någon större utsträckning bland sjuksköterskor i Sverige idag. En väg att nå fram till en bättre förståelse skulle kunna vara utbildning i detta ämne. Denna utbildning skulle kunna ingå som en del i den regelbundna återkommande HLR utbildningen. Minst lika viktigt är framtagandet av regionala och lokala riktlinjer och rutiner, som görs väl kända i organisationen, om anhörigas roll och hur sjuksköterskan skall stötta i en så livsavgörande vårdssituation som A-HLR.

## Referenser

- Atwood, C., Eisenberg, M.S., Herlitz, J. & Rea, T.D. (2005). Incidence of EMS treated out-of-hospital cardiac arrests in Europe. *Journal of Resuscitation* 67, 75-80.
- Axelsson, Å.B., Zettergren, M. & Axelsson, C. (2005). Good and bad experiences of family presence during acute care and resuscitation. What makes the difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing* 4, 161-169.
- Badir, A. & Sepit, D. (2007). Family presence during CPR: A study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 83-92.
- DePoy, E., & Gitlin, L.N. (1999). *Forskning en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Doyle, C. J., Post, H., Burney, R. E., Maino, J., Keefe, M. & Rhee, K.J. (1987). Family participation during resuscitation: an option. *Annals of Emergency Medicine*, 16 (6), 673-675.
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Danmark: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken, en handbok i enkätmetodik*. (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (2003). *Vård i Norden* 4, (70), årgång 23.
- Fulbrook, P., Albarran, J.W. & Latour, J.M. (2005). A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Nursing Studies* 42, 557-568.
- Hallgrimsdottir, E.M. (2000). Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing* 9, 611-619.
- ICN International Council of Nurses (2002). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Brommatryck.
- Jahren Kristoffersen N. (1998). *Allmän Omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.
- Mayers, T. A., Eichhorn, D.J. & Guzzetta, C. E. (1998). Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. *Journal of Emergency Nursing* 24 (5), 400-405.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber
- Patel, R. & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Sverige: Studentlitteratur.
- Redley, B. & Hood, K. (1996). Staff attitudes towards family presence during resuscitation. *Accident and Emergency Nursing*, 4, 145-151.

Svenska Rådet för Hjärt- Lungräddning (2006). *A-HLR Defibrillering och läkemedel Kursbok*. Göteborg: Stiftelsen för HLR.

Svenska Rådet för Hjärt- Lungräddning (2007). *Nationellt register för hjärtstopp utanför sjukhus*. Hämtad 20 september 2007, från <http://www.hlr.nu/index.php?q=node/41>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. (2:a uppl). Philadelphia: Davis.

Walker, W.M. (1999). Review: Do relatives have a right to witness resuscitation? *Journal of International Nursing* 8, 625-630.

Weslien, M., Nilstun, T., Lundqvist, A. & Fridlund, B. (2005). When the unreal becomes real: family members' experiences of cardiac arrest. *Nursing in Critical Care*, 10 (1), 15-22.

Weslien, M., Nilstun, T., Lundqvist, A. & Fridlund, B. (2006). Narratives about resuscitation. Family members differ about presence. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5, 68-74.

Zipes, D. P., Libby, P., Bonow, R. O. & Braunwald, E. (2005). *Braunwald's heart disease. A textbook of cardiovascular medicine*. United States of America.