



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Vårdpersonals upplevelse kring HLR med fokus på sjuksköterskeprofessionen

En litteraturstudie

Författare: Hanna Abrahamsson, Hannah Andersson

Handledare: Helena Rosén

Kandidatuppsats

Hösten 2015

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Vårdpersonals upplevelse kring HLR med fokus på sjuksköterskeprofessionen

En litteraturstudie

Författare: Hanna Abrahamsson, Hannah Andersson

Handledare: Helena Rosén

Kandidatuppsats

Hösten 2015

Abstrakt

I sitt dagliga arbete behöver vårdpersonal kunna hantera situationer som kräver utförande av hjärt-och lungräddning (HLR). Vårdpersonalens attityd till HLR är av vikt för patientens överlevnadsmöjlighet efter ett hjärtstopp. En litteraturstudie utfördes med syfte att belysa vårdpersonals upplevelse kring HLR med fokus på sjuksköterskeprofessionen. I studiens resultat framkom fyra huvudteman; upplevelsen av att reflektera, upplevelsen av att arbeta team, upplevelsen av att ha handlingsberedskap och upplevelsen av att planera HLR-processer. Resultatet medvetandegjorde vikten av att alla i vårdteamet är uppdaterade inom HLR. Föreliggande studie har klinisk betydelse både ur patientperspektiv och ur hälsoperspektiv för personal.

Nyckelord

Vårdpersonal, upplevelse, HLR, sjuksköterskeprofessionen

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Riktlinjer för HLR	4
Omvårdnadsteorier som utgångspunkt	5
Förklaring av begrepp	6
Syfte	7
Metod	7
Urval	8
Datainsamling	8
Dataanalys	10
Forskningsetiska avvägningar	11
Resultat	11
Att reflektera	12
Situation	12
Känslor	13
Att arbeta i team	14
Samarbete	14
Kommunikation	15
Roller	16
Att ha handlingsberedskap	16
Förberedelser	16
Resurser	17
Att planera HLR-processer	17
Beslutstagande	17
Relation till patienten	18
Diskussion	19
Diskussion av vald metod	19
Diskussion av framtaget resultat	21
Att reflektera	21
Att arbeta i team	22
Att ha handlingsberedskap	22
Att planera HLR-processer	23
Slutsats och kliniska implikationer	25
Författarnas arbetsfördelning	25
Referenser	26

Introduktion

Ett hjärtstopp kan upplevas som dramatiskt och ovärdigt (Page & Meerabeau, 1995). Det kan vara svårt för vårdpersonal att vara förberedd då ett verkligt hjärtstopp inte alltid liknar träningssituationen. Stress kan manifesteras sig på olika sätt i en situation som kräver lugnt och kontrollerat förhållningssätt (ibid.).

Problemområde

Varje år drabbas ca 15 000 personer i Sverige av ett hjärtstopp (Herlitz, 2014). Ett hjärtstopp orsakas av ett problem i hjärtats elektriska system vilket leder till rytmrubbning som övergår till ett ventrikelflimmer (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2015a). Detta leder till att hjärtat slutar pumpa blod och personen förlorar medvetandet på grund av syrebrist i hjärnan. Det enda alternativet för att rädda personen som drabbats av ett hjärtstopp är HLR och en elstöt från en defibrillator (ibid.).

Källerstedt, Berglund, Herlitz, Leppert och Enlund (2012) utvärderade sjukvårdspersonals attityder av hjärt-och lungräddning (HLR) på två sjukhus i centrala Sverige. Det framkom att vårdpersonalens attityd till HLR var av vikt för patientens överlevnadsmöjlighet efter hjärtstopp, då vårdpersonal uttryckte oro för att själva utsättas för risker under utförandet. Oro och ångest för att en HLR-situation skulle uppstå uttrycktes hos sjuksköterskor och undersköterskor (ibid.).

Sjuksköterskor ska kunna “visa förmåga att tillämpa sitt kunnande för att hantera olika situationer, företeelser och frågeställningar utifrån individers och gruppers behov” samt “visa förmåga att initiera metodförbättring och kvalitetssäkring” (Sveriges Riksdag, 2015). Således har varje enskild anställd ansvar för att visa intresse att implementera ny kunskap och att hålla sig uppdaterad i dagligt arbete för att kunna ingripa vid en situation som kräver HLR samt att medverka i diskussion runt HLR-beslut. I en finsk studie av Makinen, Niemi-Murola, Kaila och Castren (2009) visade sjuksköterskorna på starkt självförtroende inför defibrillering efter utbildningstillfälle men mer än en fjärdedel begränsades av känslan av att de skulle skada patienten under defibrillering. Två tredjedelar uttryckte också att de tvekade

att påbörja HLR på grund av oro inför momentet. Sjuksköterskan har en viktig roll i att identifiera hjärtstopp och påbörja HLR så snabbt så möjligt (ibid.). Sjuksköterskestudenter under sitt sista år på utbildningen filmades i en studie vid en simulerad situation med hjärtstopp och fick sedan möjligheten att reflektera (Leighton & Scholl, 2009). Känslor som otillräcklighet, okunskap och brist på självsäkerhet uttrycktes. Upplevelse påverkar hur människan agerar i olika situationer vilket stärker vikten av att undersöka vårdpersonals upplevelse kring HLR (ibid.). Föreliggande studie bidrar med kunskap om faktorer som inkluderas i upplevelsen kring HLR.

Bakgrund

Varje år drabbas ca 15 000 personer i Sverige av ett hjärtstopp (Herlitz, 2014). Ungefär 10 000 av fallen inträffar utanför sjukhus och 5 000 på sjukhus. Inom sjukvården finns begreppet 0-HLR vilket är en "vanligt förekommande och vedertagen term" som används som behandlingsbegränsning, därmed behandlas inte alla 5 000 fall av hjärtstopp (Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening & Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2013). Svenska Hjärt-lungräddningsregistrets årsrapport 2014 redovisade att HLR räddade 1 200 människors liv där ett plötsligt och oväntat hjärtstopp inträffat på sjukhus under 2013 (Herlitz, 2014). Under 2014 rapporterade 95% av alla Sveriges akutsjukhus till ett hjärtstoppregister och utöver de fall som rapporterades fanns ytterligare människor som överlevt hjärtstopp (ibid.). Flera faktorer påverkar överlevnadssiffrorna där en av dem är sjuksköterskans handlingsberedskap (Oermann, Kardong-Edgren, Odon-Maryon, 2012). Sjuksköterskans upplevelse grundas i bland annat trygghet i situationen, HLR-utbildning, tillgänglighet av resurser samt organisationsstrukturer. Basic Life Support (BLS) utförs rutinmässigt av närvarande sjuksköterskor i den akuta situationen (Broomfield, 1996). Makinen, Niemi-Murola, Kaila och Castren (2009) menar att defibrillering som utförs av sjuksköterskor som är först på plats vid ett hjärtstopp kan ses som den första delen i den livräddande vårdkedjan. Att sjuksköterskor är först på plats minskar tiden till patienten får behandling med defibrillator markant (ibid.).

Riktlinjer för HLR

Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2015b) beskriver HLR som en teknik för att upprätthålla blodcirkulationen hos personer som drabbats av hjärtstopp. Det är skillnad på utförandet i HLR för barn och vuxna. En metod bestående av 30 bröstkompressioner och 2 inblåsningar som gör att det syresatta blodet pumpas runt i kroppen gäller för vuxna. HLR på barn ska inledas med 5 inblåsningar och sjukvårdspersonal utför HLR på barn med metoden 15 bröstkompressioner och 2 inblåsningar. Bröstkompressioner på barn ska ges med anpassad kraft för barnets storlek. Det elektriska kaos som orsakat hjärtstoppet bryts med en stöt från hjärtstartare (ibid.). Riktlinjer för HLR uppdateras kontinuerligt med hjälp av aktuell forskning kring hjärtstopp och HLR då nyheter samt tillägg inkluderas i de nya riktlinjerna (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2015c). Utifrån de globala riktlinjerna skapar Svenska rådet för hjärt-lungräddning nationella utbildningsprogram i Sverige (ibid.).

Sjuksköterskans profession och ansvar vid HLR

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) har sjuksköterskor “ett personligt ansvar för sitt sätt att utöva yrket och för att genom livslångt lärande behålla sin yrkeskompetens” (s.5). Sjuksköterskor ska således ha viljan i att utföra HLR och även kunna visa kunskap kring uppdaterade riktlinjer, HLR-beslut och material som finns tillgängligt till exempel i form av defibrillator, läkemedel och larmsystem (ibid.). Sjuksköterskor ska ha förmågan att tillämpa kursinnehållet av S-HLR (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2015e) och att “visa kunskap i planering, ledning och samordning av vård- och hälsoarbetet” (Sveriges Riksdag, 2015). Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening, 2012) anger att nämnda professioner ska kunna “bedöma patientens tillstånd enligt A-E, samt utföra undersökningar, ta beslut om, utföra och utvärdera åtgärder” (s. 7).

Att samverka i team är en av kärnkompetenserna i sjuksköterskeprofessionen (Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkaresällskapet, 2013; Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening, 2012; Riksföreningen för

akutsjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). De olika professionerna har dagligen ett nära samarbete i vårdarbetet. Olika kompetenser kompletterar varandra och samverkan i team är en nyckelfaktor för en patientsäker vård. För att lösa problem och bedriva hälso- och sjukvård är professionerna ömsesidigt beroende av varandra (ibid.).

En översikt av programbeskrivningar av sjuksköterskeprogram i Sverige visar att huvudområden för sjuksköterskor är omvårdnadsansvar och arbetsledning. I respektive programbeskrivning uteblir tydliga mål vad sjuksköterskor förväntas kunna inom området HLR (Uppsala universitet, u.å; Linköpings universitet, 2015; Örebro universitet 2015; Umeå universitet 2015; Karolinska Institutet u.å; Göteborgs universitet 2015; Lunds universitet, 2015). Endast Linköpings universitet erbjuder simulatorträning med en docka som kan programmeras för olika sjukdomstillstånd (Linköpings universitet, 2015). Vid Lunds universitet ges under tre års sjuksköterskeutbildning möjlighet till ett tillfälle för övning av S-HLR. Övningstillfället innehåller färdighetsträning med bedömning av livstecken, larmrutiner och defibrillering och användning av sugutrustning samt hantering av andningsoxygen (Lunds universitet, 2015). Makinen et al. (2009) hävdar att sex månaders intervall mellan övningstillfällena är lämpligt för att underhålla kunskaperna för personer som inte utövar HLR regelbundet. Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2015d) rekommenderar max ett år mellan övningstillfällena.

I en handbok av Ericsson (2006) beskrivs olika faktorer som påverkar nivån av professionellt tillvägagångssätt i olika situationer. För en hög nivå av yrkesmässig prestation är lång erfarenhet nödvändig men för att uppnå detta krävs även grundutbildning och möjligheter att applicera teori till praktik (ibid.).

Omvårdnadsteorier som utgångspunkt

”Huvud-hjärta-hand”- modellen beskrivs av Eriksson, Nordman och Myllymäki (1999) som en modell för att lägga grunden till ett evidensbaserat vårdande och vårdarbete. ”Huvudet” symboliserar det logiska tänkandet där kunskap om verkligheten kan möta det systematiska och vårdvetenskapliga. Det etiska finns representerat i begreppet ”hjärtat” där etik och moral ska komplettera förnuftet. ”Handen” står för det praktiska och tekniska. Den här modellen kan användas i relation till att utöva HLR. Ovan nämnda begrepp kan förklaras genom att alla

delar finns representerade i utövandet; sjuksköterskan behöver den kognitiva förmågan att möta det vetenskapliga, ta ställning till etiska dilemman samt ha teknisk och praktisk kunskap i utförandet av HLR (ibid).

En människa kan ses som olika aspekter av en enhet till exempel kropp, själ och psyke (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Vidare menar Dahlberg et al. (2003) att hälsa kan vara en upplevelse av att vara hel som människa och kan ses som ett mångdimensionellt fenomen. Det är en integrerad del av en persons liv och speglar den aktuella livssituationen (ibid.). I föreliggande studie ses aspekterna kropp, själ och psyke i förhållande till sjuksköterskans profession och vilken yrkeslivserfarenhet sjuksköterskor bär med sig och utgår ifrån i det dagliga arbetet. Aktuell livssituation för sjuksköterskor kan gälla till exempel arbetsvillkor, stresstolerans, fysisk hälsa/ohälsa och privatliv. De olika delarna integrerar med varandra och skapar en helhetsupplevelse av livssituationen.

Betty Neumans systemmodell

För att koppla samman sättet att se på människan som helhet med faktorer som kan påverka upplevelser, används Betty Neumans systemmodell. Modellen inriktar sig på att förklara hur individen reagerar på stressfaktorer (Lutjens, Reynolds, Leninger & Reed, 1995).

Stressfaktorer har kraften att påverka och störa ett uppbyggt system genom att bryta igenom den så kallade försvarslinjen. Detta kan kopplas till HLR-utförande på en vårdavdelning där stressfaktorer kan vara brist på material eller självförtroende hos vårdpersonal och den normala försvarslinjen är utbildning av alla anställda. Stressorererna kan bryta sig igenom det förberedande arbetet i form av utbildning och erfarenhet som skapat en försvarslinje att utföra och lyckas med HLR, därmed leda till ett orolig miljö, misslyckade HLR-tillfällen eller svårigheter att samarbeta. (Lutjens et al., 1995).

Förklaring av begrepp

Att besluta om HLR ingår i vården av en patient om det bedöms finnas risk för hjärtstopp (Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening & Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2013). Begreppet 0-HLR betyder ett ställningstagande av ansvarig läkare att avstå från att påbörja HLR vid ett hjärtstopp. Ett ställningstagande kan påverkas av

vårdpersonals värderingar om en meningsfull åtgärd, en värdig död och en acceptabel livskvalitet vilket personalen bör vara medveten om. Ställningstagandet kan alltid omprövas och utgår från patientens egen vilja, möjligheten att återställa spontan andning och cirkulation samt bedömning om HLR skulle vara till gagn för patienten även om det skulle vara fysiskt möjligt att återställa spontan andning och cirkulation. Om ansvarig läkare bedömer att det finns skäl att diskutera 0-HLR med patienten, ska ett eventuellt sådant beslut dokumenteras (ibid.). I föreliggande studie avses begreppet HLR-situation en händelse av ett hjärtstopp. Med begreppet HLR-processer menas såväl förberedelser och diskussion samt utförandet av HLR.

“Slow code” innebär att återupplivningsförsöken medvetet påbörjas sent och långsamt samt inte utförs med full kraft (Forman & Ekman Ladd, 2012). Ett exempel är för få och för lätta bröstkompressioner. Den underförstådda meningen med att personalen agerar långsamt är att patienten ska hinna avlida på grund av hen anses vara för sjuk för att klara en återupplivning. Trots goda avsikter att bespara patienten och närstående lidande väcker ämnet frågeställningar om etik och autonomi (ibid.).

Ordet “lay” kan förstås som en person utan medicinsk professionell kunskap alternativt någon som i sammanhanget är amatör eller otränad i ämnet/situationen (Oxford dictionary, 2015). “Lay presence” används i föreliggande studie med betydelsen närvaron av en sådan person i en HLR-situation.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att belysa vårdpersonals upplevelse kring HLR med fokus på sjuksköterskeprofessionen.

Metod

Studien utfördes som en litteraturstudie vilket leder till fördjupad och utvecklad kunskap inom huvudområdet som i detta fall är omvårdnad (Friberg, 2012).

Urval

Inklusionskriterier var kvalitativa studier som genomförts inom Europeiska Unionen (EU) där samhällssyn och vårdstruktur liknar varandra. De gemensamma hälsovärderingar som finns inom EU grundar den hälsostrategi som EU antog år 2007 (Europeiska kommissionen, 2014) vilket gör det möjligt att jämföra litteratur kopplat till folkhälsa inom EU. Folkhälsopolitiken har gemensamma mål som inkluderar att förbättra patientsäkerheten, främja hälsoutbildning samt att garantera att medicinskt teknisk utrustning och läkemedel är av hög kvalitet och är säkra och effektiva (ibid). Kvalitativa studier från Australien inkluderades. Endast artiklar som genomgått en etisk granskning i linje med Helsingforsdeklarationen (lokala etiska och forskningskommittéer) inkluderades för att säkerställa ett etiskt framtaget resultat.

Exklusionskriterier var artiklar som handlar om sjuksköterskor i intensivvårdsmiljö. Denna exkludering gjordes då sjuksköterskor inom intensivvård kan ha en annan upplevelse och erfarenhet än sjuksköterskor utanför dessa avdelningar på grund av förmodad ökad exponering av hjärtstopp. Enligt Herlitz (2014) inträffade 50 % av de registrerade hjärtstoppen i sjukhusmiljö under 2014 på vårdavdelning och 39% på exempelvis intensivvårdsavdelningar, kirurgiavdelningar eller akutintag. Dock finns det vanligtvis fler vårdavdelningar än intensivvårdsavdelningar (ibid.). Kvantitativa studier exkluderades. Artiklar som författades innan år 2005 exkluderades. Motivering var att arbetet med att uppdatera kunskapsläget kring HLR ständigt pågår enligt Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2015c) och därför bör artiklarna inte vara äldre än tio år.

Datainsamling

Vetenskapliga artiklar valdes för att möta studiens syfte och togs fram genom att använda sökord, avgränsningar och sökschema (Kristensson, 2014). Data insamlades systematiskt i databaserna CINAHL, PubMed, LUBsearch och Web of Science vilka innehåller referenser inom områdena omvårdnad och medicin. Sökord som användes var CPR, cardiopulmonary resuscitation, attitudes, nurs* , confidence in nursing och decision making. Trunkering användes för att få en heltäckande sökning. I databaserna Cinahl och Lubsearch fanns möjligheten att välja peer reviewed som ett sök kriterium. Manuell granskning gjordes i

övriga databaser. En granskning genomfördes av utvalda artiklar med hjälp av ett kvalitetsgranskningsinstrument (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Styrkor och svagheter påvisades och granskningen säkerställde att de valda artiklarna höll hög kvalitet och därmed kunde ingå i studien (se Bilaga 1).

Artiklarnas titel och abstrakt granskades och i urval 1 föll två artiklar bort på grund att båda var skrivna av samma författare vilket kan snedvrída resultatet. Dubletter föll bort i urval 1.

Tabell 1 – Sökning i Pubmed

Pubmed
2005-2015

Sökord	Antal träffar	Granskade artiklar	Urval 1	Urval 2
CPR OR cardiopulmonary resuscitation AND attitude AND nurs*	157	11	3	2
CPR OR cardiopulmonary resuscitation AND decision making AND nurs*	98	8	6	3

Tabell 2 – Sökning i Cinahl

Cinahl
2005-2015
Peer reviewed

Sökord	Antal träffar	Granskade artiklar	Urval 1	Urval 2
CPR or cardiopulmonary resuscitation AND attitude AND nurs*	152	9	4	1

Tabell 3 – Sökning i Lubsearch

Lubsearch
2005-2015
Peer reviewed

Sökord	Antal träffar	Granskade artiklar	Urval 1	Urval 2
Attitude AND CPR AND nurse	115	8	2	0

CPR or cardiopulmonary resuscitation AND nurse attitude	377	45	2	2
---	-----	----	---	---

Tabell 4 – Sökning i Web of science

Web of science
2005-2015

Sökord	Antal träffar	Granskade artiklar	Urval 1	Urval 2
Cardiopulmonary resuscitation AND confidence in nursing	77	11	2	0
Cardiopulmonary resuscitation AND qualitative AND nursing care	43	8	3	0

Dataanalys

Dataanalysen genomfördes med en induktiv ansats där slutsatsen av studien drogs från delarna för att skapa den nya helheten, ett synsätt som utformade analysmetoden (Kristensson, 2014). Analysprocessen av den insamlade datan följde specifika steg (Friberg, 2012). För analys av kvalitativ data ingick fem steg som gjorde det möjligt att bryta ner helheten till mindre meningsbärande enheter för att sedan skapa en ny helhet. Resultatet skapades utifrån att meningsbärande enheter sammanställdes från flera olika vetenskapliga artiklar. Det första steget innebar en genomgång av alla valda studier med fokus på deras resultat. Detta gjordes för att få bättre insikt i hur studierna presenterat resultaten utifrån deras kunskapsteoretiska och metodologiska utgångspunkter. Steg två identifierade huvudsakliga teman eller kategorier från studiernas resultat. Här ställdes det mest framträdande resultatet mot föreliggande forskningsfråga. Steg två utfördes genom att systematiskt föra statistik över hur många gånger liknande citat, känslor eller fenomen förekom i de åtta studiernas resultat. I steg tre sammanställdes alla valda studies resultat för att lättare se vad som skulle analyseras i nästa steg. Författarna grupperade liknande citat, känslor eller fenomen i kategorier som sedan i det fjärde steget utvecklades till fyra nya huvudteman. Identifiering av skillnader och likheter samt kategorisering av dessa ingick i steg fyra. Det femte och sista steget innebar en

presentation av de teman som hittats. Föreliggande studie strävade efter att skapa nya teman för att beskriva sammanställningen av resultat kopplat till syftet (ibid.). Författarna avsåg att översätta citat från engelska till svenska med noggrannhet.

Forskningsetiska avvägningar

Föreliggande studie har tagit hänsyn till forskningsetiska aspekter i använd litteratur. Endast litteratur som genomgått granskning i enlighet med Helsingforsdeklarationen, eller likvärdigt, inkluderades och vid kvalitetsbedömning kontrollerades artiklarnas etiska resonemang (WMA, 2013). I de fall Helsingforsdeklarationen inte nämndes i de inkluderade artiklarna, jämfördes i möjligaste mån artiklarnas etiska godkännande med Helsingforsdeklarationen. Genom detta medvetna urval säkerställdes att föreliggande studie sammanställer en etiskt framtagen kunskap som kan bidra till utveckling. Granskning utfördes av två parter vilket ger granskningen tyngd och trovärdighet (Willman et al., 2006). Objektivitet eftersträvades i analysfasen.

Resultat

Analysen av valda artiklar resulterade i fyra teman vilka alla utgick ifrån upplevelsen av: *att reflektera, att arbeta i team, att ha handlingsberedskap och att planera HLR-processer*. Nämnda teman redovisas nedan i figur och löpande text. De artiklar som inkluderades redovisar studier som genomfördes i Irland, England, Skottland, Australien och Sverige.

Figur 1 - Teman och subteman

Att reflektera	<ul style="list-style-type: none"> • Situation • Känslor
Att arbeta i team	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbete • Kommunikation • Roller
Att ha handlingsberedskap	<ul style="list-style-type: none"> • Förberedelser • Resurser
Att planera HLR-processer	<ul style="list-style-type: none"> • Beslutstagande • Relation till patienten

Att reflektera

Hur sjuksköterskor påverkas av att vara närvarande eller delaktiga i en HLR-situation beror på deras reflektion och känslor.

Situation

En australiensisk studie av Ranse och Arbon (2008) som belyser nyexaminerade sjuksköterskors upplevelser av HLR visade att vid ökad erfarenhet av HLR-situationer utvecklas copingstrategier. Deltagarna angav också att tid för reflektion var av värde för stöd till nytexaminerade sjuksköterskor men endast en deltagare i studien hade fått den möjligheten. Reflektion möjliggjorde klargörande i beslutssituationer och identifierandet av individuella inlärningsbehov (ibid.). I speciella eller extrema fall inom ambulansen i Sverige användes reflektion och stöd från de närmsta kollegorna vilket var av stor vikt, påvisade en svensk studie med syfte att beskriva ambulanssjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med hjärtstopp (Larsson & Engström, 2013). Mycket tid spenderades tillsammans med kollegor som delade samma upplevelser. Diskussion skedde efter ett hjärtstopp om vad som gått bra, vad som gått mindre bra och vad som kunde förbättras till nästa gång. Uppföljning efter ett hjärtstopp var ovanligt på grund av att personalen sällan fick reda på hur det gått för patienten. Deltagarna beskrev ett behov av ett enkelt sätt att följa upp det prehospitala arbetet som kunde leda till utvecklad kompetens (ibid.).

En brittisk studie utforskade sjukvårdspersonalens upplevelse av återupplivning av nyfödda barn i förlossningssalen med fadern närvarande genom intervjuer med 37 deltagare från olika

vårdprofessioner (Harvey & Pattison, 2013). Barnmorskor som var med i HLR-situationer hos nyfödda barn beskrev hur de själva blev påverkade under återupplivningen. Med ett självsäkert och lugnt agerande, oavsett hur de kände, hoppades de kunna överföra denna känsla till den närvarande fadern som då kunde bli lugnad. En sådan attityd underlättade arbetet men många barnmorskor tyckte att det var svårt att använda detta förhållningssätt då situationen kändes fruktansvärd och chockerande. När de i efterhand reflekterade över specifika situationer upplevde många att de borde gjort mer för fadern. Det var sällan som situationerna beskrevs ha positiv inverkan på personalen och lättnaden över en lyckad HLR-insats var oftast underförstådd och inte direkt uttalad. Vårdmiljön var stressig och personalen blev snabbt insatt i nya patientfall med begränsade möjligheter att reflektera över vad som hade hänt. Personalen diskuterade också huruvida de reflekterade med fadern efter HLR men oftast fanns det inte tillfälle för det då andra uppgifter kom emellan (ibid.).

Känslor

Att diskutera 0-HLR-beslut är svårt uppgav vårdpersonal i en intervjustudie från Skottland (Low, Finucane, Mason & Spiller, 2014). De flesta patientsamtalen gick bra men några negativa reaktioner uppgavs. Oro fanns för att patienterna skulle påverkas negativt. Deltagarna uttryckte också egna oroskänslor inför ett 0-HLRbeslut vilket påverkade förmågan att hålla en sådan diskussion. “ Ja, det är inget trevligt att prata om och man är alltid orolig att patienten ska bli upprörd... det kan vara svårt” (s.330). Deltagarna berättade att vanliga orsaker till att de blev personligt berörda var att patienten reagerade negativt på diskussionen eller att situationen runt patienten var särskilt upprörande. En minoritet av vårdpersonalen tyckte inte att deras egna känslor påverkades av 0-HLR-diskussioner och de upplevde att patienterna oftast reagerade realistiskt och om de kände sig illa berörda skulle patienterna själva berätta det. Den generella uppfattningen var att det kändes tillfredsställande när ett samtal gick bra, att det är en del av arbetet som måste göras och att diskussionerna gynnar bästa möjliga vård (ibid.). Robinson, Cupples och Corrigan (2007) utforskade attityder och erfarenheter hos vårdpersonal på ett irländskt akutsjukhus. Sjuksköterskor, i motsats till läkarna i studien, relaterade situationer till sig själva och sina familjer. De medgav att de kände stress och rädsla i diskussionen om 0-HLR hos patienter (ibid.).

Walker (2014) intervjuade åtta ambulanssjukvårdare och tolv legitimerade sjuksköterskor i England i syfte att undersöka upplevelser av HLR, i första hand utanför sjukhusmiljö. "Lay presence", som här avser åskådare till en HLR-situation, påverkade akutsjuksköterskor i deras prestation i form av upplevd ökad kravnivå och stress. "Det är hundra gånger mer stressfyllt för personalen att ha närstående närvarande under återupplivning. Det är väldigt stressfyllt att ha närstående där... det är min erfarenhet" (s.455) (ibid.). Harvey et al. (2013) fann också att sjukvårdspersonal kände sig oroliga när de blev iakttagna i en redan pressad situation och därmed upplevde ökad stress (ibid.). Utöver känslan att vara kunskapsmässigt oförberedda kände sig nyutexaminerade sjuksköterskor mentalt oförberedda och beskrevs som "fight or flight"- respons (Ranse et al., 2008). Dock kunde sjuksköterskorna också uppge positiva känslor av att befinna sig i en HLR-situation. "De är intressanta... en fantastisk upplevelse, ibland tycker man att det var bra", "det var spännande... och gav mig mycket större självförtroende" (s.43). Att reagera på flera olika sätt kunde ge en känsla av förvirring men att vara positiv och se värdet av att lära sig av en situation sågs som viktigt (ibid.).

I en studie från Irland (Kelly, 2008), med syfte att undersöka två läkares och tre sjuksköterskors uppfattning av "slow code", berättade deltagarna att de inför "slow code" hade känslor som frustration, att situationen var löjlig och att de kände sig manade att göra något åt beslutet. En av sjuksköterskorna upplevde oro och ängslan av att ta emot en muntlig tillsägelse från en annan sjuksköterska att inte upprätthålla adekvat HLR och valde ändå att genomföra behandlingen (ibid.).

Att arbeta i team

Sjuksköterskor arbetade med många parter för att genomföra HLR. Faktorer som påverkade sjuksköterskans upplevelse kring HLR inkluderade samarbete, kommunikation och roller. Nämnade faktorer samspelade intraprofessionellt och-, interprofessionellt, mellan patientvårdspersonal och mellan närstående-vårdspersonal. .

Samarbete

I litteratur som belyste akutsjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med hjärtstopp, identifierades samarbete som en viktig del av utförandet av HLR (Larsson et al., 2013). "Ett bra samarbete mellan kollegor var viktigt" (s. 200) för att säkerställa god kvalitet och genomförandet av HLR enligt riktlinjer, i detta fall djup av bröstkompressioner (ibid.). Bra samarbete främjade även en lugn, samordnad och etisk hantering av situationer där sjuksköterskan kände sig trygg i att få stöd från kollegor eller närstående uttryckt i "lay presence" (Ranse et al., 2008; Robinson et al., 2007; Walker, 2014).

Kommunikation

För ett lyckat samarbete krävdes effektiv kommunikation mellan alla parter (Larsson et al., 2013). Upplevelser påverkades av kommunikation och information vilket stärkte behovet av välfungerande rutiner kring bådadera. Närståendes information i akuta situationer var ofta väsentligt för att få en fullständig anamnes kring vad som skett innan vårdpersonal anlät. Sjuksköterskor upplevde det svårt att ta hand om närstående men att det var viktigt att förmedla vikten av deras insats samt svara på frågor som sjuksköterskan ställde (ibid.). Det har även visats att mängden information till närstående som berör patientens tillstånd som kommunicerades var beroende på vilken sjuksköterska som informerar (Harvey et al., 2013).

Hierarki inom vården presenterades som en upplevd barriär för kommunikation enligt sjuksköterskor som arbetar i akutvård (Robinson et al., 2007). Trots samarbete och kommunikation i beslutsprocessen kring patientens HLR-beslut upplevde sjuksköterskor sig som underskattade (ibid.). I en brittisk studie intervjuades sex community matron (CM) om deras upplevelse av beslutstagande gällande 0-HLR (Kazmierski & King, 2015). CM är en sjuksköterskespecialitet i England som har särskilt ansvar för patienter med komplexa tillstånd och behov av socialt stöd samt palliativ vård. En barriär för kommunikation mellan sjuksköterska och patient fanns vid diskussion av 0-HLR-beslut i de fall där patienter tidigare hade erfarenhet av dålig kommunikation och information vid HLR. Det fanns en trend i att beslut togs utan att kommunicera med patient eller närstående angående HLR vilket beskrevs som "dåligt utförd kommunikation och beslutstagande i livets slutskede" (s. 23) (ibid.).

Roller

Roller i akuta situationer behövde identifieras (Harvey et al., 2013). Sjuksköterskor som påverkats av faderns närvaro vid HLR på ett nyfött barn upplevde att det kan finnas en oklarhet i vem som ska ta hand om fadern när barnet är akut sjukt, hur och vad man som sjuksköterska kan delegera, vem som ska informera samt vilka roller som antas i den akuta situationen. Medvetenhet om sin roll i teamet ledde till effektivt och framgångsrikt arbete och resultat (ibid.). Nyexaminerade sjuksköterskor har visat sig anta en roll som innefattar dokumentation och observation av vitalparametrar om de inte känner sig bekväma i situationen (Ranse et al., 2008). En faktor som påverkade sjuksköterskans upplevelse är huruvida det fanns "lay presence" i HLR-scenariot (Walker, 2014). Enligt Walker (2014) kan "lay presence" innefatta familjemedlem, granne, kollega eller främlingar vid olycksplatsen. Sjuksköterskor påverkades både positivt och negativt av närvaron. Vid de tillfällen personerna som omfattades av "lay presence" antog rollen som hjälpare hand, lindrade patientens lidande eller var informationskälla för patientens medicinska och personliga behov har det bidragit positivt (ibid.).

Att ha handlingsberedskap

Förmågan att vara förberedd på en okänd situation, att veta vilka resurser som finns tillgängliga och att kunna agera på plats utgjorde en stor del av upplevelsen.

Förberedelser

Sjuksköterskor inom ambulanssjukvården och distriktssjukvård har visat sig få möjlighet till kurser och simulerade situationer som breddar kompetens och höjer förmågan att möta situationer (Larsson et al., 2013; Kazmierski et al., 2015). Ofta värderas simulerade situationer högt då de eftersträvar en verklig HLR-situation (Ranse et al., 2008). Mentala förberedelser så som att tänka igenom den beskrivna situationen, ta med sig lämpligt material och etablera roller innan man möter patienten var en viktig del av ambulanssjuksköterskans rutin (Larsson et al., 2013). Sjuksköterskor upplevde även ansvar att bedöma lämplighet för närvaro av olika vårdprofessioner och närstående vid HLR-scenariot (Walker, 2014).

Resurser

I studien som belyser nyexaminerade sjuksköterskors upplevelser av HLR i sjukhusmiljö stärks problemet att trots utbildning inom akutsjukvård, som innefattar omhändertagande enligt A-E eller grundläggande HLR- kurser, visar sjuksköterskor osäkerhet kring beslut och agerande (Ranse et al., 2008). Få sjuksköterskor reagerade automatiskt med att påbörja bedömning enligt A-E. Beslutet att tillkalla motsvarande MIG-team var inte heller ett självklart val då de ofta sökte bekräftelse hos andra medlemmar i vårdteamet och ifrågasattes av mer erfarna sjuksköterskor (ibid.). Tekniker som ska underlätta, effektivisera och säkerställa kvalitet av HLR används av sjuksköterskor som håller sig uppdaterade som till exempel användandet av LUCAS för att säkerställa kvaliteten på bröstkompressioner (Larsson et al., 2013).

Att planera HLR-processer

Resultatet påvisar att en HLR-process inkluderar beslutstagande och relation till patienten vilket formar en grund till att HLR utförs korrekt.

Beslutstagande

Robinson et al. (2007) belyser hur sjuksköterskor medverkade i HLR-processer tillsammans med övrig vårdpersonal och patient. Beslutsprocessen krävde att sjuksköterskan hade ett holistiskt synsätt och ansvar för att företräda patienten. Studien genomfördes på ett akutsjukhus med fokus på patienter inom palliativ vård där sjuksköterskan ofta visade sig vara initiativtagare till beslutsprocessen då de kände frustration när läkare inte tog initiativ. Sjuksköterskorna uttryckte lättnad över att läkare ansvarade för beslutet men kände fortfarande viljan att delta i processen för patientens skull. Lokala direktiv i relation till vad som praktiseras visade sig också skilja vilket resulterar i förvirring och att opassande HLR-besked rapporterades som försvårar och försämrar HLR-processen (ibid.). Faktorer som främjar HLR-diskussion var exempelvis en försämring i patientens tillstånd eller rutinmässig palliativ vårdplanering (Low et al., 2014). Hämmande faktorer som påverkade HLR-

diskussion inkluderar vårdpersonalens oro att patienten blir negativt påverkad vilket ökar lidandet, patientens förutsättningar så som ålder om patienten är yngre, diagnos, patientens medvetenhet av sitt tillstånd och sjuksköterskans relation till patienten (ibid.).

Akutsjuksköterskor uttryckte att det var svårt att känna sig förberedd vid hjärtstopp då de hade ansvaret att själva ta beslutet om HLR skulle utföras eller inte (Larsson et al., 2008).

Relation till patienten

Kazmierski et al. (2015) intervjuade sex CM i en studie där det framkom att de upplevde skillnader i beslutstagande av 0-HLR om patienten hade en cancerdiagnos jämfört med ett annat långvarigt sjukdomstillstånd. Sjuksköterskans relation till patienten var väsentlig för att HLR-beslutet skulle tas med alla parter representerade. Alla deltagarna kände sig säkra med 0-HLR-konceptet, speciellt när de visste att patient och närstående hade varit involverade i beslutstagandet eller när de kände patienten väl. Inledandet av en 0-HLR-diskussion kunde dock ibland upplevas som att CM gav upp och att relationen kunde hämma diskussionen som en CM uttrycker, "att känna patienten och familjen så pass väl skapar en personlig barriär som håller henne tillbaka från att påbörja diskussion om livets slut skede" (s. 23). När beslutet skulle signeras uttryckte många CM osäkerhet och kände inte självförtroende att komplettera formuläret utan en annan kollegas underskrift även om endast en underskrift behövdes. Bristen på självförtroende ledde till att sjuksköterskorna undvek att diskutera med patienten. "Jag har faktiskt inte talat med så många av mina patienter och... deras familjer om att inte återuppliva... för att vara helt ärlig har jag hållit mig borta från det" (s. 21). Palliativ vård och vårdplanering krävde goda relationer både interprofessionellt och med patienten för att kunna identifiera patientens försämrade hälsotillstånd (ibid.).

Inför en HLR-diskussion uttryckte sjuksköterskor att det är viktigt att bemöta varje patient individuellt för att det ofta förekommer att patienten och närstående har oförutsägbara reaktioner (Low et al., 2014). Etiska aspekter som sjuksköterskor i en studie om "slow codes" uttryckte innefattar viljan att göra gott, följa regler, att "slow codes" är ovärdigt för patienten och att tydliga direktiv på 0-HLR kunde bidra till att förebygga förekomsten av "slow codes" (Kelly, 2008). Fler sjuksköterskor har uttryckt att regelverk som 0-HLR och lokala riktlinjer gynnar patienten (Kelly, 2008; Walker, 2014).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Litteraturöversikter utförs i fall där kunskapsområdet är oklart och behöver kartläggas (Friberg, 2012). Studien utfördes med syfte att sammanställa relevant litteratur som berörde vårdpersonals upplevelse kring HLR. Innan den systematiska litteratursökningen gjordes en testsökning i databaserna PubMed och CINAHL. Testsökningen genomfördes för att se om studien var genomförbar med den planerade metoden samt om vetenskapligt underlag fanns för att utföra en dataanalys. Då sökningen resulterade i ett relativt litet antal artiklar som kunde granskas valde författarna att även söka i LUB-search och Web of Science. Mycket forskning som hittades var utförd i Australien vilket ledde till att författarna fick granska HLR-riktlinjer i Australien för att bedöma om det var möjligt att inkludera forskning utanför EU. Riktlinjer för HLR i Australien (Australian Resuscitation Council & New Zealand Resuscitation Council, 2010) utgår från samma principer som EU vilket ger förutsättningar för jämförelser. Efter litteratursökning, granskning och urval inkluderades studier från England, Irland, Skottland, Australien och Sverige. Anledningen till att urvalet smalnade av geografiskt var dels att mycket forskning kom från nämnda länder och dels att annan relevant forskning föll bort på grund av annat publiceringsspråk än engelska. Författarna anser att resultatet är överförbart till andra länders förhållanden, såsom svenska förhållanden, då vårdkulturer och HLR-riktlinjer liknar varandra.

En svaghet i föreliggande studie var att det inte kan uteslutas att ambulanssjusköterskor och akutsjuksköterskor besitter liknande erfarenheter av HLR som specialistsjuksköterskor inom intensivvård. HLR-krav för specialistsjuksköterskor inom intensivvård, ambulanssjukvård och akutsjukvård uttrycks inte konkret i kompetensbeskrivningarna för respektive profession. Eventuellt skulle därför även artiklar med fokus på ytterligare professioner exkluderas (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012; Riksföreningen för ambulanssköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2012 & Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Beslutet att endast exkludera intensivvårdspersonal baserades på statistik om hjärtstopp som inträffar på sjukhus (Herlitz, 2014).

Litteraturstudien inkluderade endast kvalitativa artiklar då författarna ansåg att upplevelser bäst kunde belysas genom kvalitativa metoder. Även Polit och Beck (2013) anser att det är lämpligt att använda kvalitativa artiklar då studiedeltagarnas egna subjektiva upplevelser framkommer. Ofta inkluderar kvalitativa studier ett litet antal deltagare vilket gör det svårare att generalisera resultat men ger möjlighet till djupare intervjuer och analys av de specifika upplevelser som reflekterats över (ibid.). När en litteraturstudie görs med grund i analys av kvalitativ forskning bidrar författarna till evidensbaserad omvårdnad på så sätt att tidigare forskning sammanställs och förståelsen för det valda fenomenet ökar (Friberg, 2012). Varje enskild kvalitativ studie innehåller värdefull kunskap och ett större kunskapsvärde skapas om flera studier sammanställs (ibid.). Enligt Graneheim och Lundman (2003) är det viktigt att resultat i kvalitativa studier är överförbara för att uppnå tillförlitlighet. Teman och subteman som identifierades av författarna skapade en ny helhet om hur vårdpersonal upplever HLR, vilket gör det möjligt för läsaren att relatera resultatet till andra HLR-situationer (ibid.).

Kvalitetsgranskning enligt Willman et al. (2006) säkerställde en hög kvalitet och inkludering av artiklar med vetenskaplig utgångspunkt. Alla studier som inkluderades hade godkännande från etiska kommittéer eller skriftligt medgivande från deltagarna vilket författarna ansåg vara ett viktigt kriterium. Ett antal studier utfördes i syfte att utforska upplevelse eller attityder från vårdpersonal där det ibland var svårt att urskilja sjuksköterskans synpunkter. Därför valde författarna att addera ett granskningskriterium, sjuksköterskors perspektiv, för att säkerställa syftet med föreliggande att utforska vårdpersonals upplevelse med fokus på sjuksköterskeprofessionen.

Under analysfasen sammanställdes teman genom kategorisering vilket ledde till att fyra teman tydligt framkom. Svårigheter fanns vid benämningen av huvudtemana då de ska skilja sig från varandra samt representera syftet. Författarna ansåg att resultatet blev heltäckande utifrån de åtta inkluderade studierna. Dock hade ett större antal tillgängliga artiklar eventuellt kunnat generera bredare resultat genom att fler upplevelser belysts.

Genomförandet av en litteraturstudie som berör legitimerade sjuksköterskor och annan vårdpersonal kan vara till nytta som en översikt av den forskning som finns tillgänglig. Genom att analysera och belysa vårdpersonals upplevelser kring HLR utifrån kunskap och

vetenskaplig medvetenhet kan studien bli användbar i kliniskt arbete. Studien kan bidra till att belysa olika fenomen för att bidra till evidensbaserad omvårdnad som kan implementeras i det dagliga vårdarbetet. Dock hade vårdpersonalens upplevelse kunnat studeras genom en intervjustudie för ett ännu mer djupgående resultat (Friberg, 2012). Studien kan vara en bidragande faktor för vidare studier inom området för att förbättra vården.

Diskussion av framtaget resultat

Att reflektera

Resultatet visade att situation och känslor påverkar vårdpersonalens upplevelse kring HLR. Behovet av att reflektera över HLR-situationer uttrycktes i ett flertal studier samt i Svensk Sjuksköterskeförenings värdegrund för omvårdnad (2014) där reflektion är ett “Ett sätt att utveckla förmågan till etisk medvetenhet”... “till exempel över värden i en värdegrund och över kliniska situationer där etiska dilemman kan förekomma” (s.13).

Ambulanssjuksköterskor har en naturlig miljö för främjandet av reflektion då de arbetar i små lag, delar samma upplevelser och sätter av tid för att reflektera (Larsson et al., 2013). Detta skulle kunna överföras till andra vårdmiljöer där rutiner för reflektion brister, för att förbättra vårdpersonalens upplevelse av olika situationer. Korta möten i vårdteamen skulle kunna hållas för att diskutera problem som identifierats samt uppföljning. Enligt Mariani, Cantrell och Meakim (2014) kan personalen under ett reflektionstillfälle diskutera simulerade träningstillfällen, svara på frågor, ge varandra stöd samt fundera på vad som har hänt och varför. Genom att dela med sig av erfarenheter kunde nya infallsvinklar fås och deltagarna kunde hitta sätt att utvecklas (ibid.).

Vårdpersonal har upplevt att “lay presence” i form av närstående påverkar deras upplevelse både positivt och negativt. I Betty Neumans systemmodell kan “lay presence” representera stressorer i vårdmiljön vilket kan störa vårdpersonalens normala stabilitet (Lutjens et al., 1995). Här har vårdpersonalen en roll i prevention av stressorer, de gör en primär bedömning och identifiering av möjliga riskfaktorer för att förebygga stressreaktioner (ibid.). “Lay presence” är en av riskfaktorerna som i föreliggande litteraturstudie visat sig påverka sjuksköterskans upplevelse kring HLR i ett flertal artiklar.

Att arbeta i team

Samarbete, kommunikation och roller var subteman som framkom under temat teamarbete. Då samverkan i team är en kärnkompetens i sjuksköterskeprofessionen (Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkaresällskapet, 2013), kan framtagna subteman ses ur olika aspekter i det dagliga vårdarbetet. Föreliggande studie påvisar att samarbete och kommunikation fungerar intraprofessionellt och interprofessionellt har inverkan på vårdkvalitén och patientens välbefinnande. Sjuksköterskan ska “visa kunskap i planering, ledning och samordning av vård- och hälsoarbetet” (Sveriges Riksdag, 2015) och därmed ingår detta kriterium i det dagliga arbetet tillsammans med hela vårdteamet. Hur nämnda faktorer fungerar påverkar sjuksköterskans mående och upplevelse, såväl i det dagliga arbetet som i en HLR-situation. Att stärka sjuksköterskeprofessionen är viktigt då det fortfarande finns en hierarki inom vården som upplevs som en barriär i kommunikationen (Weller, Boyd & Cumin, 2014). För ett välfungerande samarbete som får alla parter att känna sig uppskattade behövs tillit för de andra professionernas kompetens. Vid brister i kommunikationen mellan vårdpersonal och patient samt närstående i 0-HLR-beslut finns risk för att patienten inte får en värdig sista tid i livet. Sjuksköterskan ska värna om patientens autonomi och därmed är god kommunikation en förutsättning för detta (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Då det ingår i sjuksköterskeprofessionen att handleda studenter och undervisa medarbetare (Sveriges Riksdag, 2015), är “lay presence” en naturlig del i arbetet. Att det finns anhöriga närvarande är vanligt och i en pressad situation som när HLR ska utföras, ska vårdpersonalen kunna hantera arbetsuppgifterna på ett adekvat sätt trots att de i flertal av studierna upplevde en ökad stress då de kände sig iakttagna. I de fall de närstående kan vara en hjälpande hand vid HLR-situationer kan sjuksköterskan med ett lugnt förhållningssätt förklara hur de på bästa sätt kan samarbeta i situationen (ibid.).

Att ha handlingsberedskap

Resultatet påvisade situationer då vikten av förberedelser framträder. Det kunde gälla att ha med sig lämpligt material till en HLR-situation vid ett hjärtstopps larm, gå igenom vilka roller

var och en skulle anta eller vara informerad om patientens tillstånd vid vårdtillfällena. Nämnda aspekter kan kopplas till "huvud-hjärta-hand"-modellen som beskrivs av (Eriksson et al., 1999). Att förbereda material och tänka igenom de fakta som angivits för den aktuella situationen faller under "hand"-aspekten då den beskriver hur det praktiska och tekniska hanteras. Kunskap om HLR-teknik är en del av det teoretiska och det vetenskapliga och kan därmed förstås som en del av "huvud" i modellen (ibid.).

Resultatet i studien visade att nyutexaminerade sjuksköterskor känner sig osäkra i HLR-situationer där det krävs en förmåga att ta beslut och att agera. Ett alternativ till att höja självförtroende och säkerhet i HLR-teknik skulle vara att implementera ytterligare simuleringstillfällen på sjuksköterskeutbildningarna i de länder som studien omfattar. Det går även att göra ett antagande att sjuksköterskor i andra länder än de inkluderade eventuellt kan ha liknande upplevelser även om rutiner och riktlinjer kan se olika ut.

När delar av försvarslinjen i Betty Neumans systemmodell inte är tillräckliga eller bristfälliga kan det leda till att stressorerna i en akut situation kan bryta igenom (Lutjens et al., 1995). Det i sin tur kan leda till att vårdkedjan inte fungerar optimalt och att patienten inte får den vård hen behöver (ibid.). Föreliggande studie visade att en del av upplevelsen kring HLR är förmågan att känna sig förberedd på en okänd situation. Systemmodellen (Lutjens et al., 1995) visar att det finns en relation mellan fysiologiska, sociokulturella, psykologiska, andliga och utvecklingsmässiga aspekter i försvarslinjen. Nämnda faktorer påverkar sjuksköterskan och upplevelsen av till exempel en akut situation där det är viktigt att försvarslinjen upprätthålls. Om sjuksköterskan har förmåga att använda så kallade motståndslinjer som resurs kan de återställa stressorernas påverkan på självförtroende och upplevelse. Exempel på motståndslinjer kan vara tid för reflektion där försvarslinjen kontrolleras för att upptäcka svagheter. Betydelsen av reflektion för gott resultat visas i resultatet av ambulanssjuksköterskor som uttrycker reflektion som en metod för att förbättra vården i framtiden (Larsson et al., 2013).

Att planera HLR-processer

HLR-processen innefattar flera faktorer som ska hjälpa patienten och närstående när ett hjärtstopp väl inträffar. Resultatet visar på att processen bygger på ett komplicerat förhållande

mellan beslut, relationer och etik som kretsar kring patienten. Sjuksköterskan känner behovet av att agera efter etiska principer som kan beskrivas i vårdandet enligt ”huvud-hjärta-hand”-modellen (Eriksson et al., 1999). Hjärtat inkluderar etiska och moraliska aspekter som visades i samband med sjuksköterskors möte med ”slow codes” i praktiken. Begreppet väcker mycket reaktioner och kan leda till en negativ upplevelse kring HLR då beslutsprocessen kanske inte genomförts eller att vårdpersonal och närstående inte är överens. Vissa i vårdpersonalen menar på att en ”slow code” inträffar för att minska patientens lidande då hen inte hade klarat en återupplivning. International Counseling of Nursing’s etiska kod (2014) beskriver att sjuksköterskan ska genomföra omvårdnad ”med respekt för mänskliga rättigheter och ta hänsyn till människors värderingar, vanor och tro” (s.8). Även om ”slow codes” inte har dokumenterats i Svensk sjukvård anser författarna till föreliggande studie att situationen kan inträffa där ett HLR-beslut inte är tydligt. Därför anses det vara generaliserbart till fler vårdmiljöer.

Flera studier visar att en god relation mellan patient och sjuksköterska kan både främja och hämma HLR-processen. Denna goda relation kan också påverka hur vårdpersonalen upplever HLR-situationer. Interprofessionellt är det viktigt med tydlig kommunikation, professionernas medvetenhet om roller och samarbete. Kombinationen främjar en god HLR-process och bidrar positivt till upplevelsen kring HLR för alla inblandade (Berman & Snyder, 2012).

Det har visat sig att det är många aspekter som korrelerar och samtliga ingår i sjuksköterskors dagliga arbete. För att adekvat HLR ska kunna utföras på ett patientsäkert sätt samspelar etik, teknik och kunskap, alla delar ska dessutom kommuniceras mellan berörda parter.

Vårdpersonal ska kunna utföra sina arbetsuppgifter evidensbaserat och på ett känslomässigt hållbart sätt därför bör brister och orosmoment belysas så att de kan åtgärdas. Detta för att främja en utvecklande miljö där engagemang för HLR finns och där det finns tid avsatt på avdelningen för övningstillfällen (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Tidsbrist är ett vanligt problem inom vården i dagsläget och därför är medvetandegörande och reflektion viktigt för att vardagen ska bli hanterbar för vårdpersonalen och stressnivån kan hållas under kontroll (Wilkinson, 2014).

Utbildning, både i utbildningsprogram i olika länder samt i verksamheter, är en nyckel till att främja självförtroende hos vårdpersonal (Van Eckert, Gaidys & Martin, 2011). S-HLR, som

inriktar sig på att utbilda vårdpersonal, bör upprepas varje halvår och som längst bör det gå ett år mellan tillfällena (Svenska HLR-rådet, 2015e). Det är ett lärandemål för grundutbildningen i S-HLR att få förståelse för vikten av regelbunden träning (ibid.). Träning vid upprepade tillfällen ger säkerhet i utförandet av HLR och därmed en säker vård. Säker och personcentrerad vård är liksom samverkan i team en kärnkompetens för sjuksköterskor och bör därför prioriteras i arbetet (Svensk Sjuksköterskeförening, u.å.).

Slutsats och kliniska implikationer

Fyra huvudteman har framkommit av studiernas resultat, upplevelse av att reflektera över situationer och känslor, upplevelse av att samarbeta och att kommunicera i teamet, upplevelse av att ha handlingsberedskap och upplevelse av att förbereda HLR-processer. Problem som föreliggande studie visat innefattar barriärer för reflektion som exempelvis tidsbrist, bristande kommunikation och rollförtydligande, brist på utbildning och resurser samt etiska dilemman. Författarna vill påvisa att det vid otillräckliga rutiner kring HLR kan brista i utförandet av korrekt HLR. Osäkerhet hos vårdpersonal resulterar i oförmåga att utföra korrekt HLR. Genom att belysa detta medvetandegör författarna vikten av att alla i vårdteamet är uppdaterade inom HLR. Förbättring av det praktiska vårdarbetet kan ske genom repetitionsutbildning, planering av resurser samt strävan efter ett öppet klimat kring HLR på avdelningarna. Författarna anser att det är viktigt för varje enskild individ inom vårdteamet att få möjlighet att känna sig trygg i sin profession vid ett hjärtstopp. Ytterligare forskning kan bidra till att ta fram strategier för att underlätta och effektivisera vid HLR-situation.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna strävade efter en jämn arbetsfördelning. Ansvarsområden uppstod efter hand vilka en av författarna lade ner mer tid på än den andra. Författarna har dock tagit del av de olika områdena igenom hela processen och bidragit med åsikter som kunde förtydliga och förbättra texten.

Referenser

* ingår i studiens resultat

Australian Resuscitation Council & New Zealand Resuscitation Council. (2010). *Guidelines 8, Cardiopulmonary resuscitation*. Hämtat 2015-11-26, från <http://resus.org.au/guidelines/>

Berman, A., & Snyder, S. (2012) *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing : Concepts, Process and Practice*, Upper Saddle River: Pearson. Kap 26.

Broomfield, R. (1996). A quasi-experimental research to investigate the retention of basic cardiopulmonary resuscitation psychomotor skills and knowledge by qualified nurses following a course in professional development. *J Adv Nurs*. 1996;23:1016–23. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb00084.x.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Studentlitteratur.

Ericsson, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. *The Cambridge handbook of expertise and expert performance* (4th ed. pp. 685–705). Cambridge: Cambridge University Press.

Eriksson, K., Nordman, T., & Myllymäki, I. (1999). *Den trojanska hästen- evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Institutionen för vårdvetenskap: Åbo Akademi.

Europeiska kommissionen. (2014). *Insyn i EU-politiken: Folkhälsa*. [Broschyr]. Europeiska unionen. Hämtat 2015-11-11, från http://europa.eu/pol/health/index_sv.htm

Forman, E. N., & Ekman Ladd, R. (2012). Resuscitation “slow codes” are compassionate yet deceptive, *American Medical News*. Hämtat 2015-11-09, från <http://www.amednews.com/article/20121210/profession/312109972/5/>

Friberg, F., (Red.). (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*. Hämtad 2015-12-19, från <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691703001515>

Göteborgs universitet. (2015). *Sjuksköterskeprogrammet*. Hämtat 2015-11-10, från <http://sahlgrenska.gu.se/utbildning/program/sjukskoterska>

*Harvey, ME., & Pattison, H.M. (2013) The impact of a father's presence during newborn resuscitation: a qualitative interview study with healthcare professionals, *BMJ open* 3:e002547, doi:10.1136/bmjopen-2013-002547

Herlitz, J. (2014). *Svenska hjärt-lungräddningsregistret: Årsrapport 2014*. Svenska rådet för hjärt-lungräddning.

Karolinska institutet. (u.å). *Sjuksköterskeprogrammet*. Hämtad 2015-11-10, från <http://ki.se/utbildning/1sj13-sjukskoterskeprogrammet>

* Kazmierski, M., & King, N. (2015). Role of the community matron in advance care planning and 'do not attempt CPR' decision-making: a qualitative study. *British Journal Of Community Nursing*, 20(1), 19-24 6p.

* Kelly, J. (2008). Nurses' and doctors' perspectives on slow codes. *Nursing Ethics* 15 (1), Sage Publications DOI: 10.1177/0969733007084164

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

Källerstedt, ML., S., Berglund, A., Herlitz, J., Jeppert, J., & Enlund, M. (2012). The impact of CPR and AED training on healthcare professionals' self-perceived attitudes to performing resuscitation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 20 (26). Hämtad 2015-11-26, från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3352321/pdf/1757-7241-20-26.pdf>

* Larsson, R., & Engström, Å. (2013). Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest. *International Journal Of Nursing Practice*, 19(2), 197. doi:10.1111/ijn.12057

Leighton, K. & Scholl, K. (2009). Simulated Codes: Understanding the Response of Undergraduate Nursing Students, *Clinical Simulation in Nursing* 5 (5) 187–194 doi: doi:10.1016/j.ecns.2009.05.058

Linköpings universitet. (2015). *Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp*. Hämtad 2015-11-10, från <https://www.liu.se/utbildning/program/sjukskoterska/beskrivning?l=sv>

* Low, C., Finucane, A., Mason, B., & Spiller, J. (2014). Palliative care staff's perceptions of do not attempt cardiopulmonary resuscitation discussions. *International Journal Of Palliative Nursing*, 20(7), 327-333.

Lunds universitet. (2015). *Kursbok aktivitet S-HLR*. Hämtad 2015-11-10, från <http://moodle.med.lu.se/mod/book/tool/print/index.php?id=10814>

Lutjens, L.R.J., Reynolds, C.L., Leininger, M.M. & Reed, K.S. (Red.) (1995). *Anteckningar om omvårdnadsteorier. 3*. Lund: Studentlitteratur.

Makinen, M., Niemi-Murola, L., Kaila, M., & Castren, M. (2009). Nurses' attitudes towards resuscitation and national resuscitation guidelines--nurses hesitate to start CPR-D.

Resuscitation, 80(12), 1399-1404. doi:10.1016/j.resuscitation.2009.08.025

Mariani, B., Cantrell, M.A., & Meakim, C. (2014) Nurse Educators' Perceptions About Structured Debriefing in Clinical Simulation, *Nursing Education Perspectives*, 35 (5).

Oermann, M. H., Kardong-Edgren, S.E., Odom-Maryon, T. (2012). *Competence in CPR: Nurses need more frequent training to meet new guidelines that emphasize the rate and depth of chest compressions*. [Broschyr]. *American Journal of Nursing*. Hämtad 2015-11-02, från <http://resolver.ebscohost.com/openurl?sid=EBSCO%3accm&genre=article&issn=0002936X&ISBN=&volume=112&issue=5&date=20120501&spage=43&pages=43-46&title=American+Journal+of+Nursing&atitle=Competence+in+CPR%3a+Nurses+need+more+frequent+training+to+meet+new+guidelines+that+emphasize+the+rate+and+depth+of+chest+compressions.&aulast=Oermann%2c+Marilyn+H.&id=DOI%3a&site=ftf-live>

Oxford dictionary. (2015). Lay. Hämtad 2015-11-08, från <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/lay#lay-2>

Page, S., & Meerabeau, L. (1995). Nurses' accounts of cardiopulmonary resuscitation. *Journal of advanced nursing*. 24, 317-325

*Ranse, J., & Arbon, P. (2008). Graduate nurses' lived experience of in-hospital resuscitation: A hermeneutic phenomenological approach. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 21(1), 38-47.

Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening (2010) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering mot akutsjukvård*. Hämtad 2015-12-18 från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompbeskr_akutweb.pdf

Riksföreningen för ambulanssköterskor & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*. Hämtad 2015-12-18, från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/ambulans.kompbeskr.webb.pdf>

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening (2012) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*. Hämtad 2016-01-24 från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.och.intensivvard.kompbeskr.pdf>

*Robinson, F., Cupples, M., & Corrigan, M. (2007). Implementing a resuscitation policy for patients at the end of life in an acute hospital setting: qualitative study. *Palliative medicine*, 21 (4) 305-312 DOI: 10.1177/0269216307077817

Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening & Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2013) *Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR)* [Broschyr] hämtad 2015-12-22 från <http://www.sls.se/Global/etik/riktlinjer20maj.pdf>

Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2015a). *HLR-rådet: Skillnad hjärtstop och hjärtinfarkt*. Hämtad 2015-11-30, från Svenska rådet för hjärt-lungräddning, <http://hlr.nu/fakta-riktlinjer/skillnad-hjartstopp-och-hjartinfarkt/>

Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2015b). *HLR-rådet: Fakta om HLR*. Hämtad 2015-11-30, från <http://hlr.nu/utbildning/fakta-om-hlr/>

Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2015c). *HLR-rådet: Nya riktlinjer i HLR 2015*. Hämtad 2015-11-30, från <http://hlr.nu/fakta-riktlinjer/nya-riktlinjer-hlr-2015/>

Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2015d). *HLR-rådet: Så här gör du hjärt-lungräddning-HLR*. Hämtad 2015-12-8, från <http://www.hlr.nu/utbildning/sa-har-gor-du-hjart-lungraddning-hlr/>

Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2015e). *S-HLR*. Hämtad 2015-11-08, från <http://www.hlr.nu/s-hlr/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2015-12-18, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Värdegrund för omvårdnad*. [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2015-12-18, http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (u.å). *Kärnkompetenser*. [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2015-12-15, från <http://www.swenurse.se/Utanfor-strukturen/karnkompetenser/>

Svensk sjuksköterskeförening och Svenska läkaresällskapet. (2013). *Teamarbete och förbättringskunskap, två kärnkompetenser för god och säker vård*. Hämtad 2015-12-17, från <http://www.sls.se/Global/files/2013/Karnkompetenser.pdf>

Sveriges Riksdag. (2015). *Högskoleförordningen 1992:100*. Hämtad 2015-12-17, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100/

Umeå universitet. (2015). *Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp*. Hämtad 2015-11-10, från <http://www.umu.se/utbildning/program-kurser/program/?code=VYSJS>

Uppsala universitet. (u.å). *Sjuksköterskeprogrammet 2015-2016*. Hämtad 2015-11-10, från <http://www.uu.se/utbildning/utbildningar/selma/program/?pKod=MSJ1Y&lasar=15/16>

Van Eckert, S., Gaidys, U., & Martin, C., R. (2011). Self-esteem among German nurses: does academic education make a difference?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 903-910. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01862.x

*Walker, V.M. (2014). Emergency care staff experiences of lay presence during adult cardiopulmonary resuscitation: a phenomenological study. *Emergency medicine journal*, 31 (6), 453-458 DOI: 10.1136/emmermed-2012-201984

Weller, J., Boyd, M., & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*, 90: 149-154.

Wilkinson, S. (2014). How nurses can cope with stress and avoid burnout. *Emergency nurse*, 22 (7). Hämtad 2016-01-21.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Studentlitteratur, Lund.

World Medical Association. (2013). *Helsingforsdeklarationen*. Hämtad 2016-01-21, från [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])

Örebro universitet. (2015). *Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp*. Hämtad 2015-11-10, från <http://www.oru.se/Utbildning/Program/1516/?pid=526>

Författare, år, titel och land.	Syfte	Design, metod och population	Värdering styrkor och svagheter	Resultat
1. R. Larsson & Å. Engström (2013) Swedish Ambulance nurses' experience of nursing patients suffering cardiac arrest. Sverige	Att beskriva ambulanssjusköterskors upplevelse av att vårda patienter med hjärtstopp.	Beskrivande, kvalitativ design utifrån naturalistiskt paradig. Semi-strukturerade intervjuer, 20-40 min. Totalt 7 deltagare.	Bara sjuksköterskors perspektiv. Etiskt godkännande av the university ethics committee at Luleå University of technology, verbal och written consent. Helsinki deklARATIONEN nämns även som grund för studien.	6 teman: -förberedelser inför den okända situationen -utförandet av HLR - få hjälp med bröstkompressioner - omhändertagna närstående - hamna i etiskt krävande situationer - att reflektera över situationen både utifrån sin egen insats och teamet, att följa upp.
2. M. Kazmimerski & N. King. (2015) Role of community matron in advance care planning and 'do not attempt CPR' decisionmaking: a qualitative study. UK	Utforska community matrons upplevelse av besluttagande i livets slutskede för individer med kroniska och begränsande tillstånd, fokuserar speciellt på Advanced care planning och DNACPR besluttagande.	Tolkande fenomenologiskt perspektiv. Semi-strukturerade intervjuer. purposeve sampling av CMs. Totalt 6 deltagare.	Generell roll i palliativ vård etiskt godkännande av Research ethics Panel at the School of Human and Health Sciences, university of Huddersfield. Liten studie, få deltagare	5 teman: -Erfarenhet av utbildning i ACP och DNACPR eller saknaden av det -personlig erfarenhet av ACP/DNACPR -roll i palliativ vård -Långsiktiga tillstånd i relation till cancer -Relationer: att känna patienten väl -kommunikation: överföring av vård och brist på diskussion.
3. M. E. Harvey & H. M. Pattison (2013) The impact of a father's presence during newborn resuscitation: a qualitative interview study with healthcare professionals. UK	Att utforska sjukvårdspersonalens upplevelser av återupplivning av nyfödda barn i förlossningssalen med fadern närvarande.	Kvalitativ beskrivande, retrospektiv design. semi strukturerade intervjuer. Totalt 37 deltagare: barnmorskor, förlossningsläkare, narkosläkare, neonatala sjuksköterskor, neonatal sjuksköterskor och barnläkare. Totalt 22 sjuksköterskor.	data insamling och analys gjordes till att mättnad uppnåddes. deltagare fick beskriva upplevelser själva, vad som hände och hur de som var närvarande reagerade, speciellt fadern. etiskt godkännande från Solihull Local Research Ethics Committee	4 teman: - roller - att säga och att göra - teamarbete - inverkan på mig.

Författare, år, titel och land.	Syfte	Design, metod och population	Värdering styrkor och svagheter	Resultat
4. C. Low, A. Finucane, B. Mason & J. Spiller. (2014) Palliative care staff's perceptions of do not attempt cardiopulmonary resuscitation discussions. Scotland	Utforska hur specialister inom palliativ vård från en skotsk hospice upplever OHLR diskussioner.	Semi strukturerade intervjuer. Totalt 11 deltagare, 6 sjuksköterskor.	Mycket fokus på patienter i livets slut skede och DNACPR diskussionen i sig. Signed consent form.	4 teman: -faktorer som främjar och hämmar disussion om DNACPR -oförutsägbara svar från patient och familj -emotionell karaktär i diskussionen - positiv inställning till DNACPR diskussion
5. J. Ranse & P. Arbon (2007) Graduate nurses' lived experience of in-hospital resuscitation: a hermeneutic phenomenological approach. Autstalien	Utforska, beskriva samt tolka levd erfarenhet av ny-examinerade sjuksköterskor som deltagit i en HLR situation utanför intensivvårdsmiljö.	Hermaneutisk, fenomenologisk tillvägagångssätt. Bekvämlighetsurval och focus grupper bildades där deltagare diskuterade enligt semistrukturerade frågor. Totalt 6 sjuksköterskor.	Fokus på ny-examinerade Ingen etisk komité nämnd. aproval of conduct was received from relevant juriscitional and institutional human research ethics committees. Liten studie.	4 teman: -krav på att ta beslut - krav på att agera - att känna samhörighet - att få stöd.
6. F. Robinson, M. Cupples & M. Corrigan (2007) Implementing a resuscitation policy for patients at the end of life in an acute hospital setting: a qualitative study. Irland	Utforska läkare och sjuksköterskors attityder och erfarenheter av HLR för patienter med sjukdom i slutstadiet på akut sjukhus.	2 Fokus grupper med deltagare från liknande bakgrunder för att främja diskussion och trygg miljö, de 4 semi strukturerade intervjuer, 40-50 min, genomfördes för deltagare som inte kunde närvara på fokusgrupper. Totalt 16 deltagare var av 7 ssk.	Beskriver upplevelser av processen av att besluta om HLR hos patienter i livets slutskede. Etiskt godkännande från Research Ethics Comittee at Queen's university, Belfast, och Sperrin Lakeland Trust Ethical Committee. Liten studie	5 Teman: - otydlighet -kommunikation - behov av klinisk övning -interprofessionella frågor - etiska betänkligheter

Författare, år, titel och land.	Syfte	Design, metod och population	Värdering styrkor och svagheter	Resultat
7. W. M. Walker (2013) Emergency care staff experiences of lay presence during adult cardiopulmonary resuscitation: a phenomenological study. UK	Utforska levd erfarenhet av närvaro av 'lay presence' som innefattar en familjemedlem, granne, kollega eller främlingar vid olycksplatsen under HLR av en vuxen person i primär och sekundär vårdmiljö.	Hermaneutisk och fenomenologisk design. Semi strukturerade intervjuer Totalt 20 deltagare, 8 ambulanssjusköterskor och 12 sjuksköterskor.	Fokus på akut-ssk och ssk samt HLR situationer med vuxna. Signed consent Datasaturation uppnåddes inte pga rekrytering av deltagare inom tidsbegränsningen av studien.	5 teman: -respekt för 'lay persons' - professionel dominans -uttryck för oro -förberedelser för 'lay presence' -upplevda effekter av exponering.
8. J. Kelly (2008) Nurses' and Doctors' perspectives on slow codes. Irland	Utforska läkare och sjuksköterskors uppfattningar av 'slow codes' för att förstå varför ofullständig HLR sker trots att OHLR beslut är tillgängligt.	Phenomenologisk utgångspunkt, för att förstå 'emic'. Ostrukturerade intervjuer med korta öppna frågor för att engagera deltagare i konversationen. Totalt 5 deltagare, 3 sjuksköterskor.	Annat perspektiv från författaren då hon själv ugår ifrån sina egna erfarenheter och jämför med resultatet. Liten studie. Etiskt godkännande från lokal etisk och forskningskomitee samt signed consent form.	4 teman: - Sjuksköterskor och läkares känslor - Sjuksköterskor och läkares samvete - diskutera HLR med patienten - diskutera HLR med familjen.