



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Att vara där

En systematisk litteraturstudie om föräldrars upplevelse
av att närvara vid sina barns återupplivning

Författare: Fredrik Ehrs och Linda Ståål

Handledare: Erna Törnqvist

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2018

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Att vara där

En systematisk litteraturstudie om föräldrars upplevelse av att närvara vid sina barns återupplivning

Författare: Fredrik Ehre och Linda Ståål

Handledare: Erna Törnqvist

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2018

Abstrakt

Bakgrund: Föräldrar är en självklar del av vården utom när det gäller återupplivning av barn. Bland personal finns fortfarande ett stort motstånd till föräldrars närvaro vid återupplivning.

Syfte: Att sammanställa föräldrars upplevelse av att närvara när deras barn återupplivades på sjukhus.

Metod: En systematisk litteraturstudie där innehållet analyserades enligt SBU:s metod för att extrahera teman.

Resultat: Nio studier inkluderades. Teman som framkom var *Föräldrarna upplevde blandade känslor*, *Föräldrarnas kommunikation med personalen* och *Faktorer av betydelse för föräldrarna*. En metasyntes formulerades. Sammantaget framstod en bild av att föräldrar vill vara med när deras barn återupplivas.

Diskussion: Föräldrar som närvarade vid återupplivning var mer positiva än de som inte närvarade. Det finns en diskrepans mellan personalens föreställningar och föräldrars önskemål. I de fall där föräldrarna fick stöd upplevde de närvaron meningsfull och kan bidra till ökad känsla av sammanhang.

Konklusion: Vid rätt bemötande kan det vara positivt för föräldrar att närvara vid deras barns återupplivning och det kan öka deras känsla av sammanhang. Personalen bör inkludera föräldrarna i beslutet att närvara vid sina barns återupplivning.

Nyckelord

Föräldrar, familj, återupplivning, närvaro, barn, omvårdnad, systematisk litteraturstudie.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	4
Akut sjuka barn	5
Barnadödlighet ur ett internationellt perspektiv	5
Barnadödlighet i Sverige	6
Anledningar till att barn söker akutsjukvård ur ett internationellt perspektiv	6
Anledningar till att barn söker akutsjukvård i Sverige	7
Återupplivning av barn i Sverige	8
Föräldrars närvaro vid barns vård	8
Tidigare forskning	10
Definitioner	10
Perspektiv och utgångspunkter	11
Familjecentrerad vård	11
Känsla av sammanhang	13
Syfte	14
Metod	14
Urval	14
Datainsamling	15
Analys av data	16
Forskningsetiska avvägningar	17
Förförståelse	17
Resultat	18
Föräldrarna upplevde blandade känslor	18
Negativa känslor	18
Positiva känslor	18
Föräldrarnas kommunikation med personalen	19
Information om vad som hände	19
Föräldrarnas möte med personalen	20
Faktorer av betydelse för föräldrarna	20
En förälders rättighet och skyldighet	20
Att få se med egna ögon	21
Föräldrarnas sätt att hantera situationen	21
Föräldrarnas avsked	22
Goda minnen	22
Föräldrarna skulle göra det igen	22
Föräldrarnas upplevelse av vad deras närvaro betydde för barnen	23
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	24
Konklusion och implikationer	28
Referenser	30
Tabell 1. Granskningsmatris	37

Bilaga 1 (3).....	40
Tabell 2. Sökschema för sökning i PubMed.....	40
Tabell 3. Sökschema för sökning i Cinahl.....	41
Tabell 4. Sökschema för sökning i Psychinfo.....	42
Tabell 5. Sökschema för sökning i Cochrane.....	43
Tabell 6. Sökschema för sökning i LUBsearch.....	43
Tabell 7. Sökschema för sökning i Embase.....	44
Tabell 8. Sökschema för sökning i Google Scholar.....	44
Tabell 9. Sökschema källsökning.....	44
Bilaga 2 (3).....	48
Bilaga 3 (3).....	49

Introduktion

Barn som drabbas av tillstånd som kräver återupplivande insatser är ovanligt (Svenska rådet för hjärt- lungräddning, 2016). Orsakerna till återupplivning hos barn skiljer sig från de som drabbar vuxna. Skillnader finns även inom gruppen barn, framför allt beroende på ålder (ibid.).

Problemområde

Föräldrars möjlighet att vara med sina barn på sjukhus har förändrats från att före 1950-talet vara otänkbart till att föräldrarna idag ses som en självklar del av omvårdnaden av barnet, utom när det gäller svåra medicinska procedurer som återupplivning (Curley et al., 2012; Meeks, 2009). När det gäller anhörigas närvaro vid återupplivning dröjde det till 1980-talet innan ett sjukhus i USA formellt tillät familjemedlemmar att närvara (Linder, Suddaby & Mowery, 2004) och till 2003 innan amerikanska riktlinjer kunde tas fram (ibid.). I Europa gjordes den första pilotstudien om anhörigas närvaro vid återupplivning på vuxna på 1990-talet (Robinson, Mackenzie-Ross, Campbell Hewson, Egleston & Prevost, 1998). Europeiska riktlinjer gällande hjärt- och lungräddning, inklusive föräldrars närvaro, publicerades av European Resuscitation Council, ERC, 1994 (Maconochie et al., 2015) och motsvarande svenska riktlinjer publicerades 1997 (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2016). Bland vårdpersonal finns fortfarande ett stort motstånd till föräldrars närvaro vid återupplivning och andra allvarliga tillstånd (Isoardi, Slabbert & Treston, 2005; Renck, 2003; Svenska rådet för hjärt- och lungräddning, 2016). Det är därför viktigt att undersöka föräldrars upplevelser av att närvara när deras barn genomgår återupplivning för att ta tillvara på deras erfarenheter.

Bakgrund

I den så kallade Platt-rapporten angavs för första gången att barn lider men av att separeras från sina föräldrar, särskilt vid inläggning på sjukhus (Ministry of Health, 1959). Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård (NOBAB) skriver att *“vård av sjuka barn och unga har... vuxit fram ur kunskap om familjen i samhället.”* (Söderbäck, 2010, s. 17). NOBAB (u.å.) poängterar att barnet har rätt att ha sina föräldrar närvarande under hela sjukhusvistelsen samt att både barn och familj har rätt att vårdas av specialistutbildad personal.

Förenta Nationernas (FN) deklaration om barnets rättigheter (Barnkonventionen) poängterar att vid alla åtgärder som rör barn skall barnets bästa komma i främsta rummet (Unicef, 2018). Konventionsstaterna är skyldiga att ge barnet skydd och omvårdnad med hänsyn till föräldrars rättigheter. Stater som undertecknat Barnkonventionen ska även säkerställa att barnet inte skiljs från sina föräldrar (ibid.). I SFS 2014:821 (Patientlagen) beskrivs i 3 kap. 3§ och 6§ samt i 4 kap att i hälso- och sjukvården skall barns bästa särskilt beaktas. Barns vårdnadshavare skall informeras. Om information inte kan lämnas till barnet så skall den ges till närstående (ibid.). I Föräldrabalkens sjätte kapitel, 11§ anges att vårdnadshavare har rätt att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter (SFS 1949:381). Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) slår i 1 kap. 2§ fast att barnets bästa särskilt ska beaktas i alla frågor som rör barnet och vid vård- eller behandlingsinsatser ska det som är bäst för barnet vara avgörande.

Akut sjuka barn

Barnadödlighet ur ett internationellt perspektiv

Enligt Världshälsoorganisationen, WHO, (2015) inträffade 6,3 miljoner dödsfall bland barn under 2013, främst bland barn under fem år. De vanligaste orsakerna var pneumoni, förlossningsrelaterade komplikationer och malnutrition. Mer än hälften av barnadödligheten anses av WHO kunna behandlas med enkla och billiga åtgärder. Sedan 1990 har barnadödligheten minskat med nästan 50 procent, framförallt på grund av minskad förekomst av pneumoni, diarrésjukdomar och mässling (ibid.).

År 2007 inträffade 2,35 dödsfall per 100 000 barn i USA (Emergency Nurses Association, ENA, 2013). Plötslig spädbarnsdöd och medfödda missbildningar var den främsta dödsorsaken hos barn i åldern 28 dagar till 11 månader. Hos barn över ett år var trauma, framför allt på grund av olyckor med motorfordon, vanligast. Drunkning var den näst vanligaste dödsorsaken bland barn mellan ett och fyra år. Mord var den fjärde vanligaste dödsorsaken hos barn i åldern 10-14 år och den näst främsta dödsorsaken bland ungdomar i åldern 15-19 år. Sammanlagt ledde mord till 2296 dödsfall bland barn och unga under 2007. I Kanada utgjordes den vanligaste orsaken till traumatiska dödsfall av olyckor med motorfordon. De flesta dödsfallen hos australiensiska barn, 68 procent, inträffade under barnets första levnadsår under 2004. Den vanligaste dödsorsaken hos unga personer på Nya

Zealand utgjordes av skador på passagerare i fordon, följt av avsiktligt självskadebeteende (ibid.).

Statistik från Eurostat och Europeiska Unionen (EU) visar att under 2015 dog sammanlagt 60 600 barn och unga under 19 år (Eurostat, 2017). Under åren 2005-2015 minskade dödstalen generellt bland barn och unga med 27 procent. Sedan 1961 har barnadödligheten för barn under ett år minskat med 90 procent men fortfarande dog 18 400 barn före ett års ålder under 2015, vilket innebär 3,6 dödsfall per 1000 levande födda i EU (ibid.).

De vanligaste dödsorsakerna i EU hos barn under ett år berodde 2015 på faktorer som uppstod i nyföddhetsperioden samt medfödda missbildningar inklusive kromosomavvikelser (Eurostat, 2017). Hos barn mellan 1-14 år var yttre faktorer, till exempel trafikolyckor, cancer samt medfödda missbildningar inklusive kromosomavvikelser de vanligaste dödsorsakerna. Vanligaste orsakerna till dödsfall hos unga i åldern 15-19 år bestod av yttre orsaker som trafikolyckor men även självskadebeteende, fallolyckor och misshandel (ibid.).

Barnadödlighet i Sverige

Ett barns död är i Sverige, till skillnad mot många andra länder, en ovanlig händelse (Hjern & Ascher, 2012). I Sverige dör tre barn per tusen födda före fem års ålder, vilket även inkluderar neonatala dödsfall (WHO, 2017). Under 2016 dog sammanlagt 554 barn och unga i åldern noll till nitton år i hela landet (Socialstyrelsen, 2017). I Skåne avled 81 barn (ibid.).

Anledningar till att barn söker akutsjukvård ur ett internationellt perspektiv

Totalt i USA besökte 19 miljoner människor akutmottagningar 2006, av dessa var 20 procent barn (ENA, 2013). Majoriteten av barn som söker akutsjukvård, gör det på vanlig akutmottagning, inte barnakutmottagning, och 50 procent av akutmottagningarna vårdade färre än 10 barn per dag (ibid.). Den vanligaste orsaken till skador hos barn är trubbigt våld, som fall, fotgängare påkörda av bilar samt i olyckor som passagerare i motorfordon (National Association of Emergency Medical Technicians, 2011). År 2007 vårdades 668 000 ungdomar i åldern 10-24 år på akutmottagningar orsakat av våldshandlingar (ENA, 2013). Plötsligt hjärtstopp drabbade årligen uppskattningsvis 2000 personer under 25 år (ibid.). På akutmottagningarna i Ontario i Kanada stod barn i åldern 0-17 år för 23 procent för alla besök (ENA, 2013). Liknande siffror ses även i övriga landet. År 2004 var andningsbesvär den

vanligaste orsaken till att barn under nio år lades in på sjukhus i Kanada. I åldern 10-14 år var oavsiktligt våld den ledande orsaken och i åldern 15-19 år var mentala problem vanligast. Ungdomar i åldern 15-19 år stod för den större delen av skador orsakade av terränggående fordon (ibid.).

I Australien var andningsbesvär den vanligaste orsaken till inläggning av barn på sjukhus (ENA, 2013). Skador var den näst vanligaste orsaken till sjukhusinläggning av barn. De vanligaste skadetyperna bestod av nedkylning, trafikolyckor, våld och förgiftning (ibid.). Barn stod för 25 procent av alla akutbesök på sjukhus i Nya Zeeland (ENA, 2013). De vanligaste orsakerna till inläggning för barn i åldern noll till fyra år var under åren 2003-2007 gastroenterit, astma och akut övre luftvägsinfektion. Under samma tidsperiod var fall följt av kinetiska/mekaniska krafter den vanligaste orsaken till inläggning av barn i alla åldrar (ibid.).

I Portugal gjordes över 1,2 miljoner besök av barn på landets akutmottagningar år 2008 (ENA, 2013). De flesta barnen sökte på grund av trauma, gastrointestinala problem, andningsbesvär och feber utan närmare specifikation. På fastlandet lades 109 371 barn under 18 år in på sjukhus under 2008, där den största patientgruppen, 26,3%, var mellan ett och fyra år. De vanligaste orsakerna till inläggning efter trauma var frakturer med 46,8 procent, sårskador med 7,7 procent och brännskador med 6,3 procent (ibid.).

Anledningar till att barn söker akutsjukvård i Sverige

År 2016 behandlades cirka 140 000 barn på svenska akutmottagningar (Socialstyrelsen, 2017). Av dessa lades drygt 15 500 in på sjukhus på grund av skadehändelse och 49 barn avled (ibid.). Enligt Svensson¹ sökte 104 401 barn i åldern 0–17 år sjukvård på Region Skånes samtliga akutmottagningar under 2017. Av dessa barn fick 1251 den högsta prioritet (röd) enligt Rapid Emergency Triage and Treatment System - Pediatrics (RETTS – P). I den gruppen var den största besöksorsaken multitrauma med 29 procent. Näst vanligast var dyspné på cirka 16 procent och på tredje plats kom feber på knappt 6 procent (ibid.). Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTS) är ett prioriteringssystem som används i 95 procent av alla landsting i Sverige samt av 60 procent av Norges motsvarighet där sjuksköterskan vid triage tar en strukturerad anamnes och fastställer patientens Emergency

¹ Christine Svensson, Verksamhetsansvarig Patientliggare i Region Skåne. *Barn 0 – 17 år prio alla sjukhus: Utdrag från statistik i patientliggare i excel-fil*. Lund: Region Skåne. [E – post 22 mars 2018]

Symptoms and Signs (ESS) samt mäter vitalparametrar (Predicare, 2018). Tillsammans ger det en prioritet och rekommenderar nödvändiga åtgärder (ibid.).

Återupplivning av barn i Sverige

Varje år rapporteras att 60-70 barn under 12 år i Sverige drabbats av hjärtstopp utanför sjukhus (Svenska rådet för hjärt- lungräddning, 2016). Det finns olika orsaker till hjärtstopp hos barn, beroende på barnets ålder och orsakerna skiljer sig från orsakerna till hjärtstopp hos vuxna. Plötslig spädbarnsdöd hos barn under ett år, kvävning och drunkning hos barn i åldern ett till fyra år och trauma och drunkning hos barn äldre än fyra år är de vanligaste orsakerna till hjärtstopp utanför sjukhus i Sverige. Svåra infektioner som pneumoni, meningit och sepsis kan också orsaka hjärtstopp hos barn (ibid.). Andelen personer i åldersgruppen 0 till 21 år som levde 30 dagar efter ett hjärtstopp som debuterat utanför sjukhus låg 1992 på 4,8 procent och 2016 var den siffran 21 procent (Herlitz, 2017).

Att säkerställa andningen hos det svårt sjuka barnet är alltid viktigt, särskilt vid återupplivning (Svenska rådet för hjärt- lungräddning, 2016). Detta då ett växande barn har högre syrgaskonsumtion beroende på en högre metabolism. Ett barn med andningssvikt riskerar att utveckla hjärtstopp relaterat till försämrad syresättning och nedsatt förmåga att andas ut koldioxid. Hjärtat påverkas då negativt och en successivt sjunkande hjärtrytm sker tills att hjärtat stannar helt. Behandling av hotande hjärtstopp hos barn ska därför i första hand inriktas på att säkerställa en fungerande andning och aktivt stödja den för att förebygga asystoli. Hos ett barn med andningssvårigheter och/eller hjärtstopp ska det alltid kontrolleras om det föreligger ett hinder eller en främmande kropp som orsakar ett stopp i luftvägarna (ibid.). Luftvägsstopp karaktäriseras av plötsliga andningsproblem, ofta tillsammans med hostning och stridor (Maconochie et al., 2015).

Föräldrars närvaro vid barns vård

I slutet av 1950-talet föreslogs att föräldrar skulle få vara med på sjukhuset när deras barn var inlagda (Ministry of Health, 1959). Idag är det en väletablerad praxis att föräldrar närvarar och deltar i den allmänna omvårdnaden av ett inlagt barn, föräldern ses som en essentiell partner (Curley et al., 2012). Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening skriver i sin kompetensbeskrivning "*att barn som vårdas på sjukhus*

får ha en vårdnadshavare hos sig dygnet runt.” (Riksföreningen för barnsjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening, 2016, s. 9).

Det dröjde dock till 1980-talet innan amerikanska sjukhus tillät anhörigas närvaro vid återupplivning (Linder et al., 2004). Den första europeiska pilotstudien publicerades på 1990-talet och undersökte anhörigas närvaro vid återupplivning på vuxna (Robinson et al., 1998). Den randomiserade studien inkluderade 25 patienter vars anhöriga delades in i två grupper, en kontrollgrupp där anhöriga inte närvarade och en grupp där anhöriga fick delta. Studien avbröts i förtid då vårdpersonalen på sjukhuset upplevde tydliga positiva resultat av anhörigas närvaro (ibid.).

Majoriteten av föräldrar vill vara närvarande vid varje moment som rör deras barn, även vid hjärt- och lungräddning (Svenska rådet för hjärt- lungräddning, 2016). Föräldrars närvaro vid återupplivningsförsök bygger på deras frivillighet och personalen ska ha klara rutiner och vara väl förberedda på att ta hand om föräldrar (Renck, 2003). Dock finns det fortfarande bland personalen ett ganska stort motstånd mot anhörigas närvaro, inte minst hos läkare (ibid.). I undersökningar om vårdpersonalens syn på föräldrars närvaro ses att vid enklare, vanligt förekommande vårdmoment är läkarna mer bekväma med att låta föräldrarna stanna hos barnet men att den inställningen minskar ju allvarligare och mer invasivt vårdmoment är (Isoardi et al., 2005). Många läkare och sjuksköterskor anser att föräldrar inte ska vara med vid återupplivningsförsök (Moore, 2009). Anledningen till detta var bland annat en rädsla att familjemedlemmarna skulle bli stressade eller reagera oförutsägbart och därmed distrahera eller hindra personalen i deras arbete (ibid.). Sacchetti, Paston och Carraccio (2005) skriver dock att föräldrar som närvarar vid återupplivning inte riskerar att störa patientens vård. Vidare visar studien av Mottillo och Delaney (2014) att vårdteamets stress inte ökade när familjen närvarade vid återupplivning.

Europeiska riktlinjer för återupplivning publicerades av European Resuscitation Council (ERC) 1994 och svenska riktlinjer baserade på de europeiska riktlinjerna har funnits sedan 1997 (Svenska rådet för hjärt- lungräddning, 2016). Enligt ERC finns det inga studier som visat att föräldrars närvaro stör vårdpersonalens livräddningsförsök (Maconochie et al., 2015). Om föräldrar närvarar bör personal avdelas för att stötta dem och för att förklara vad som sker (ibid.).

Föräldrars närvaro vid allvarligare vårdhändelser som återupplivning är ett kontroversiellt ämne trots att det gått mer än 20 år sedan de första fallen rapporterades (Meeks, 2009; Moore, 2009). Att undersöka föräldrars upplevelser av att närvara vid deras barns återupplivning är viktigt för att öka kunskapen och förståelsen hos vårdpersonal och därmed förbättra omhändertagandet av barn och deras föräldrar. Vikten av att föräldrar tillåts vara med när deras barn genomgår medicinska procedurer finns sedan länge beskrivet i litteraturen (Meek, 2009; Moore, 2009; Renck, 2003). Ändå finns det en motvilja hos sjukvårdspersonal att låta föräldrarna närvara vid deras barns återupplivning (Isoardi et al., 2005). Jämförelsevis så tillåts inte pappor att närvara vid förlossningar fram tills för cirka 40 år sedan (Mottillo & Delaney, 2014). Det fanns en föreställning att fäderna skulle bli traumatiserade av det de såg eller att de skulle störa de medicinska insatserna. Idag anses sådana föreställningar vara orimliga (ibid.).

Tidigare forskning

Vid sökningar i databaser ses en trend att den forskning som tidigare producerats främst tillkommit under 1990-tal samt under de första tio åren av 2000-talet. Forskningen har fokuserat på läkares och sjuksköterskors inställning till föräldrars närvaro vid deras barns återupplivning. Även kvantitativa studier om föräldrars attityder kring närvaro vid invasiva procedurer, inklusive återupplivning, har undersökts. Flera av de studierna undersöker hypotetiska situationer (Isoardi et al., 2005). Det har även producerats flera systematiska litteraturstudier i ämnet.

Definitioner

Enligt Barnkonventionen ska alla människor under 18 år anses som barn (Unicef, 2018). Detta stöds av svensk lagstiftning i form av SFS 2001:453 (Socialtjänstlagen) 1 kap. 2§ som slår fast att ett barn är varje människa under 18 år.

Föräldrabalken (SFS 1949:381) och Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) skriver att vårdnadshavare för ett barn är den som i lagens mening tar hand om barnet och har rätt att bestämma över det. I första hand avses de biologiska föräldrarna men även andra vuxna i de fall då det inte är möjligt eller lämpligt att barnets biologiska föräldrar tar hand om det (ibid.). Utifrån denna definition kommer termen förälder i denna uppsats att avse biologisk förälder/föräldrar, adoptivförälder/föräldrar, mor- och farföräldrar samt styvföräldrar.

Enligt Nationalencyklopedin innebär återupplivning *“åtgärder som vidtas vid hjärtstillestånd och upphävd andning för att återställa dessa för livet nödvändiga funktioner”* (ne.se, 2018 a). Medicinskt definieras återupplivning som *“the restoration to life or consciousness of one apparently dead”* (Karolinska Institutet, u.å. a). Hjärt- och lungräddning (HLR) kan även kallas resuscitering eller återupplivning och avser de åtgärder som behöver vidtas vid plötsligt hjärtstillestånd för att återställa andning och blodcirkulation (ne.se, 2018 b). Hjärt- och lungräddning definieras medicinskt som *“konstgjord igångsättning av hjärt- och lungverksamheten som indikerat vid hjärtstillestånd eller plötslig livlöshet till följd av elektrisk chock, drunkning, andningsstillestånd och andra orsaker. Återupplivningens två huvudåtgärder är konstgjord andning och hjärtmassage”* (Karolinska Institutet, u.å. b).

Perspektiv och utgångspunkter

Familjecentrerad vård

Enligt amerikanska ENA (2013) söker barn ofta vård tillsammans med en vårdnadshavare. Genom familjecentrerad vård kan sjuksköterskan förstå hur och varför familjedynamiken är så viktig för att nå välbefinnande och hälsa. I omvårdnaden av barnet är barnsjuksköterskan bekväm i samverkan med familjen. Barnet och familjen ska behandlas som en helhet då familjen är barnets primära trygghet. ENA uppmuntrar möjligheten för familjens närvaro vid livräddande åtgärder och annan vård. Familjens närvaro styrs av patientens och närståendes behov och vårdinrättningens rutiner såsom att en anhörigmottagare utses som förklarar behandlingen och ger familjen stöd samt att kulturella och religiösa aspekter skall beaktas (ibid.).

Wright, Watson och Bell (2011) beskriver att *“en familj är en grupp människor som binds samman av starka emotionella band, en känsla av samhörighet och ett starkt ömsesidigt engagemang i varandras liv”* (Wright, Watson & Bell, 2011, kap 2, s. 72). Inom familjecentrerad vård definieras en familj utifrån en emotionell utgångspunkt och fokuserar på de känslomässiga band som finns mellan olika personer (Svensk Sjuksköterskeförening, SSF, 2015). En familj innebär då en självdefinierad grupp personer, *“som inte nödvändigtvis är förbundna genom blodsband eller lag men som känner sig som en familj”* (SSF, 2015, s 1). Familjen själv bestämmer vilka som ingår i familjen. I en sådan definition ryms flera typer av familjer som samkönade familjer, storfamiljer och även utvidgade familjer som inkluderar

exempelvis far- och morföräldrar. Familjen kan ses som ett system där förändringar hos en individ påverkar övriga individer då alla individer konstant befinner sig i ett sammanhang tillsammans med andra människor. Vid positiva förändringar kan familjen bidra till minskat lidande, förbättrad hälsa och ökat välbefinnande för samtliga familjemedlemmar medan vid negativa omständigheter, som exempelvis våld i nära relationer, kan familjen bidra till ökat lidande (ibid.).

Söderbäck (2010) skriver på uppdrag av NOBAB att:

Inom barnsjukvårdsverksamhet uttrycks ofta att man har ett familjeinriktat arbetssätt, eller en familjefokuserad omvårdnad, men mer kunskap behövs för att säkerställa hur föräldrars kunskaper och familjen kommer till sin rätt i barnets vård. För föräldrar, oberoende av kulturellt sammanhang, är upplevelsen att deras insatser är betydelsefulla för barnets tillfrisknande och utveckling. Föräldrar vill se sig som experter på sina barn, och anser sig ha avgörande betydelse för att deras barn skall känna trygghet i vårdssituationer. Föräldrar vill föra sina barns talan och de vill att deras erfarenheter och kunskaper efterfrågas och tas tillvara i vården.

(Söderbäck, 2010, s 17-18)

Enligt NOBAB ligger tyngdpunkten i familjeperspektivet på att familjen är en konstant faktor i barnets liv (Söderbäck, 2010). Föräldrar har därmed en självklar rätt att närvara i vårdssituationer. För ett sjukt barn har familjen en oersättlig roll (ibid.).

Föräldrarna är viktiga för barnet redan från livets början (Kleberg, 2013; Kleberg & Westrup, 2008). Exempelvis så ser Newborn Individualized Development Care and Assessment Program (NIDCAP) föräldrarna som de viktigaste personerna för barnet, oavsett om barnet fötts för tidigt eller i fullgången tid, och föräldrarna ska därmed få stöd i den rollen (ibid.). Ingman och Åkerström (2011) skriver att det är viktigt att informera föräldrarna att deras närvaro hos det för tidigt födda eller sjuka fullgångna barnet inte stör barnet utan tvärtom är viktigt för barnet.

Känsla av sammanhang

Det teoretiska ramverket i uppsatsen utgörs av Antonovskys teori om känsla av sammanhang, KASAM, då uppsatsens intention är att kartlägga hur föräldrars närvaro vid deras barns återupplivning påverkar föräldrarnas känsla av sammanhang.

Den patogenetiska synen på sjukdom och hälsa fokuserar på hur olika stressorer eller riskfaktorer orsakar sjukdom (Antonovsky, 2005). Det salutogena perspektivet fokuserar istället på de resurser eller friskfaktorer en person har till sitt förfogande för att hantera sin hälsa samt hur personen klarar att hantera svåra livshändelser (ibid.). Det salutogena synsättet syftar till att förbättra människors hälsa, livskvalitet och välbefinnande (Langius-Eklöf & Sundberg, 2014). Människans subjektiva uppfattning av och förhållningssätt till tillvaron är en av grundstenarna i det salutogena perspektivet (ibid.). Med hjälp av det salutogena perspektivet formulerades hypotesen om generella motståndsresurser (Antonovsky, 2005). Exempel på sådana är bland andra utbildning, materiell standard och socialt stöd men även genetiska faktorer, självidentitet, kultur och tro/övertygelse (Antonovsky, 2005; Langius-Eklöf & Sundberg, 2014). Utifrån de generella motståndsresurserna och en önskan att kunna förutse och identifiera dem formulerades begreppet sense of coherence eller på svenska; känsla av sammanhang (Antonovsky, 2005):

... det gemensamma för alla generella motståndsresurser var att de bidrog till att göra de stressorer, som vi ständigt bombarderas av, begripliga. Genom att gång på gång ge oss sådana erfarenheter skapar de med tiden en stark känsla av sammanhang.

(Antonovsky, 2005, s.17)

KASAM består av tre centrala komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 2005). Komponenterna bidrar till att skapa en helhet av KASAM. Begriplighet handlar om huruvida inre och yttre stimuli upplevs av individen som förnuftsmässiga, sammanhängande och strukturerade eller kaotiska, slumpmässiga och oförklarliga. Hanterbarhet visar på hur en individ möter utmaningar i livet. Komponenten avser också vilka resurser individen anser sig ha till sitt förfogande för att möta kraven från dessa utmaningar, huruvida personen ifråga anser sig ha kontroll över sitt liv eller ser sig som ett offer för omständigheterna. Meningsfullhet är den tredje delkomponenten och syftar till i vilken

utsträckning en person upplever “att livet har en känslomässig innebörd” (Antonovsky, 2005, s. 46). Denna komponent anses vara den viktigaste komponenten för en individs KASAM då den utgör drivkraften som tillåter en person att öka förståelsen av världen och de resurser som är tillgängliga (ibid.).

Syfte

Syftet med studien var att vetenskapligt sammanställa föräldrars upplevelse av att närvara när deras barn återupplivades på sjukhus.

Metod

Magisteruppsatsen genomfördes som en systematisk litteraturstudie utifrån Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2017) och utifrån resultatet formulerades en metasyntes. Fokus i uppsatsen låg på att undersöka föräldrarnas “*uppfattningar, erfarenhet och upplevelser*” (SBU, 2017, s. 71). Förståelse efterforskades för fenomenet närvaro vid deras barns återupplivning utifrån föräldrarnas perspektiv.

Studier som efterforskade föräldrars upplevelse och erfarenheter i samband med återupplivande av deras barn på akutmottagning, barnakutmottagning, intensivvårdsavdelning för barn (BIVA), neonatalavdelning (neo) och neonatal intensivvårdsavdelning (neo-iva) samt förlossningsavdelning inkluderades.

Referering har skett i enlighet med Röda Korsets Högskolas guide till APA-systemet (2014).

Urval

Sökningar genomfördes i databaserna Pubmed, Cinahl, Psycinfo, Cochrane, Embase, LUBsearch samt Google Scholar. Sökorden som användes var parent, family, presence, resuscitation, child och qualitative research, se Bilaga 1, tabell 2-9. Både fritextsökningar och sökningar med MeSH-termer utfördes.

Artiklar publicerade de senaste 15 åren inkluderades. Sökningarna begränsades språkmässigt till engelska, danska, norska och svenska samt till artiklar med ett kvalitativt fokus. Studier som gällde patienter över 18 år exkluderades liksom studier rörande sjukvårdspersonalens

upplevelser. Vidare exkluderades studier som undersökte prehospital återupplivning samt studier gällande palliativa tillstånd.

Datainsamling

Sökningar i databaserna genomfördes gemensamt och resulterade i totalt nio artiklar, se Bilaga 1, Tabell 2-8, fördelade på en artikel via Pubmed, fem artiklar via Cinahl, två via Psycinfo samt en artikel via Google Scholar. Sökningar i Cochrane, Embase och LUBsearch resulterade inte i några inkluderade artiklar.

Tre litteraturstudier hittades vilka inte kunde inkluderas men källsökning utfördes på dem samt på samtliga, i magisteruppsatsen, inkluderade artiklar, se Bilaga 1, Tabell 9. Artiklarna relevansgranskades initialt utifrån huruvida de överensstämde med syftet, se Bilaga 2, Figur 2. Därpå kvalitetsgranskades de enligt SBU:s mall, se Bilaga 3, Figur 3:1-2. Sammanfattning av kvalitetsgranskningen ses i Tabell 1, sidan 37-39.

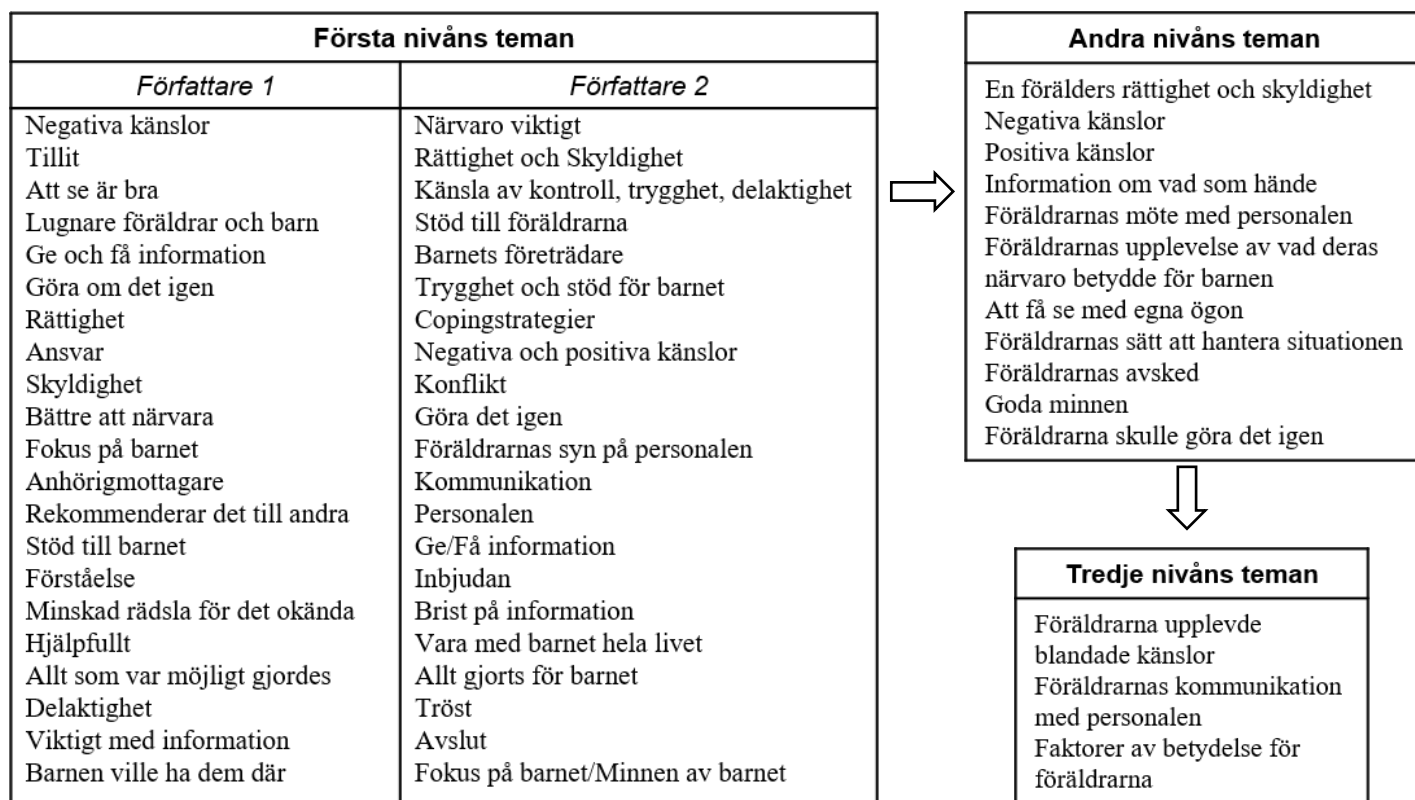
I sin handbok beskriver SBU (2017) kriterier för bedömning av vetenskapliga studiers kvalitet. Studiekvaliteten klassificeras som låg, medelhög eller hög. För att uppfylla kriterierna för hög kvalitet ska studierna ha en väldefinierad frågeställning, en tydlig beskrivning av sammanhang och tidigare forskning. Det metodiska tillvägagångssättet och analysprocessen samt resultatet ska vara tydligt beskrivet. Presentationen av data och tolkningen av densamma ska vara systematiskt beskriven. Klinisk relevans redovisas också tydligt (ibid.).

SBU:s kvalitetsgranskningsmall innehåller sex huvudområden för bedömning av en studies kvalitet med totalt tjugoen bedömningsposter, se Bilaga 3, Figur 3:1-2. Huvudområdena rör syfte, urval, datainsamling, analys, resultat samt en totalbedömning av kvaliteten. Hos sju av de nio inkluderade artiklarna kunde sjutton av tjugoen bedömningsposter besvaras med ”Ja”. Vidare svarades ”Ja” på arton av tjugoen poster i en artikel och på nitton av tjugoen i en artikel. Samtliga, i magisteruppsatsen, inkluderade artiklar bedömdes därför hålla en hög kvalitet. Dock saknas i samtliga artiklar ett fördjupat etiskt resonemang och författarnas förförståelse gentemot population och resultat.

Analys av data

Initialt lästes de utvalda texterna förutsättningslöst, därefter upprepade gånger både individuellt och gemensamt, detta för att hitta teman i enlighet med innehållsanalysens tillvägagångssätt (Forsberg & Wengström, 2015). Likheter och skillnader efterforskades, tematiserades och kodades för att slutligen formuleras i en metasyntes (ibid.).

SBU beskriver hur en syntes tas fram (SBU, 2017). Processen inleds med individuell granskning av materialet där den enskilde granskaren formulerar första nivåns teman. Vid diskussion mellan granskarna kondenseras första nivåns teman till konsensus uppstår. Andra nivåns teman skapas därigenom gemensamt. Andra nivåns teman analyseras på nytt och viktiga samband och mönster tolkas. Denna process skapar tredje nivåns teman (ibid.). De i arbetet inkluderade artiklarna bearbetades enligt SBU:s metod för syntes (SBU, 2017), se Figur 1.



Figur 1. Flödesschema över analysprocessen baserat på SBU:s Handbok (2017, kap 8, s. 88)

Forskningsetiska avvägningar

Det valda problemområdet var ett viktigt men känsligt ämne. Om en forskningsstudie med kvalitativ eller kvantitativ ansats genomförts, vore det nödvändigt med tid och resurser att erbjuda psykosocialt stöd. Att närvara vid akuta situationer eller att i efterhand intervjua föräldrar ansågs inte vara inte etiskt försvarbart på magisternivå, särskilt med de begränsningar i tid och resurser som förelåg. Studien genomfördes därför som en systematisk litteraturstudie.

Med god forskningssed avses bland annat att de data som framkommit vid analys av materialet inkluderas, även enstaka avvikande värden (Juth & Helgesson, 2018). Utifrån detta inkluderades de titlar i uppsatsen utifrån huruvida de svarade mot syftet i uppsatsen, inte för att överensstämna med önskat utfall. De inkluderade titlarna kontrollerades huruvida de fått godkännande i en etisk prövning.

Förförståelse

Förförståelse innefattar författarnas kunskaper, erfarenheter och synpunkter (SBU, 2017) vilket de bär med sig genom hela projektet. Detta kan påverka datainsamling och analys och ge en begränsad öppenhet och förmåga att lära sig av materialet hos författarna. Därför är det viktigt att kontinuerligt sträva efter att medvetet och aktivt förhålla sig till förförståelsen (ibid.).

En av författarna har nitton års arbetslivserfarenhet som legitimerad sjuksköterska inom prehospital akutsjukvård samt inom akutmottagningsvård på både akutmottagning och barnakutmottagning. Författaren har därigenom personlig erfarenhet av återupplivning av barn. En av författarna har fjorton års arbetslivserfarenhet som legitimerad sjuksköterska inom dialysmottagningsvård för vuxna men har ingen erfarenhet av barnsjukvård eller akutmottagningsvård. Författarna har under arbetsprocessen kontinuerligt, medvetet och aktivt reflekterat kring sin förförståelse och hur den skulle ha kunnat påverka analysprocessen och därmed resultatet. Då en av författarna har erfarenhet av att möta barn och föräldrar i återupplivningssituationer och den andra författaren inte har någon erfarenhet av att arbeta med barn har intressanta och konstruktiva diskussioner uppstått vilka har påverkat arbetsprocessen positivt.

Resultat

Vid bearbetning av artiklarna framkom elva andra nivåns teman vilka genererade tre tredje nivåns teman, se Figur 1. Dessa teman var *Föräldrarna upplevde blandade känslor*, *Föräldrarnas kommunikation med personalen* och *Faktorer av betydelse för föräldrarna*. Tillsammans skapade de en bild av hur föräldrar upplevde att närvara vid återupplivning av deras barn vilket kan sammanfattas med att föräldrarna ville vara där.

Föräldrarna upplevde blandade känslor

Deltagarna i samtliga inkluderade studier reflekterade kring sina känslor över att vara närvarande hos sitt barn vid dess återupplivning. Dessa reflektioner sammanfattades i andra nivåns teman till *Negativa känslor* och *Positiva känslor* som tillsammans bildade tredje nivåns tema *Föräldrarna upplevde blandade känslor*.

Negativa känslor

I flertalet av studierna upplevde föräldrarna negativa känslor såsom nervositet, rädsla, stress och oro, både för barnet men även för sin egen eller partners reaktion (Harvey & Pattison, 2006, Maxton, 2008; McGahey-Oakland, Lieder, Young & Jefferson, 2007; Parra, Mele, Alonso, Trenchs & Luaces, 2018; Sawyer et al., 2015; Tinsley et al., 2008). Detta skapade en konflikt mellan deras rädslor och deras vilja att närvara (Maxton, 2008). Föräldrarna upplevde stress vid närvaro men valde att stanna kvar för de ville förstå behandlingen, terminologin och sina egna känslor (ibid.). I studier utförda i samband med förlossning upplevde papporna en konflikt mellan att vara hos mamman och att vara hos barnet (Harvey & Pattison, 2006; Sawyer et al., 2015). Papporna angav som orsak att de hade en längre relation med sin partner men att de ännu inte hade knutit an till barnet (Harvey & Pattison, 2012).

Föräldrarna beskrev att de inte var förberedda på vad de skulle få se vid återupplivningen, oavsett om barnet hade en kronisk sjukdom som förvärrats eller om det drabbades av akut sjukdom (McGahey-Oakland et al., 2007).

Positiva känslor

I samband med återupplivningen kände sig föräldrarna i Tinsley et al:s studie (2008) omhändertagna. Närvaron hjälpte även föräldrarna själva att vara lugna och de tyckte det var

skönt att se sitt barn (Parra et al., 2018). Vidare uttryckte föräldrarna att det var viktigt för dem att vara närvarande i rummet hos barnet istället för att sitta i ett väntrum och vänta på uppdateringar (McGahey-Oakland et al., 2007). Även om papporna i Harvey och Pattisons studie (2012) upplevde många negativa känslor i samband med återupplivningen så blandades de känslorna med glädje och stolthet över deras barns födelse. Att närvara vid återupplivningen av deras barn gav föräldrarna en känsla av ökad kontroll över situationen (Mangurten et al., 2006) och de upplevde att de var delaktiga i beslutsfattandet kring barnet inklusive att välja att avbryta fruktlösa återupplivningsförsök (Maxton 2008). Vidare minskade deras rädsla för det okända (Mangurten et al., 2006; O'Connell et al., 2017). Föräldrarna gav även uttryck för att det kändes värdefullt att få röra sitt barn (Tinsley et al., 2008).

Föräldrarnas kommunikation med personalen

I detta tema beskrivs hur föräldrarna uppfattade relationen och kommunikationen med personalen. Inkluderade andra nivåns teman är *Information om vad som hände* och *Föräldrarnas möte med personalen*.

Information om vad som hände

Papporna i studien av Harvey och Pattison (2012) upplevde en avsaknad av information i samband med återupplivningen och hade obesvarade frågor. I de fall papporna fick information var det slumpmässigt och skedde ibland genom att de råkade höra personalens samtal. Vidare beskrev papporna att de inte ombads närvara hos barnet (ibid.).

Tidpunkten för givande av information från personalens sida var viktig för föräldrarna då de inte ville bli uppehållna utan få vara hos sina barn utan fördröjning (McGahey-Oakland et al., 2007). Föräldrarna var trygga i sin uppfattning att de skulle få möjlighet till information och att ställa frågor i ett senare skede (ibid.).

I studien av Sawyer et al. (2015) som undersökte föräldrarnas upplevelse av återupplivning i samband med förlossning beskrev några pappor att de fungerade som förmedlare av information till mamman. När föräldrarna såg vad som hände upplevde de att kommunikationen mellan vårdpersonalen och dem underlättades men samtidigt önskade en del föräldrar mer förklaringar (ibid.). McGahey-Oakland et al. (2007) beskriver att föräldrarna

uppfattade sig själva som en länk mellan det som skedde i återupplivningsrummet och övriga familjen och släkten.

Föräldrarnas möte med personalen

En del föräldrar var oroliga att deras närvaro påverkade personalen (Sawyer et al., 2015). I studien av O'Connell et al. (2017) upplevde majoriteten av föräldrarna att deras närvaro inte påverkade vården negativt. Tvärtom upplevde många föräldrar att de kunde hjälpa personalen genom att ge dem information om barnet (ibid.).

I studien av Tinsley et al. (2008) tog föräldrarna upp att de upplevde att vårdpersonalen var oprofessionella i samband med återupplivningen då de skämtade och skrattade när de stod runt barnets säng. Personalen upplevdes som okänsliga, avståndstagande och oengagerade (ibid.).

Föräldrarna tog själva upp i intervjuerna att särskilt stöd från avdelad personal, så kallad anhörigmottagare, var viktigt (Maxton, 2008). Som anhörigmottagare ansåg föräldrarna att en erfaren personal, helst en sjuksköterska, gav bäst stöd utifrån varje enskild individs behov. Stöd från sjukhuspräst eller kurator var mindre önskvärt då föräldrarna upplevde att de inte besatt tillräcklig teknisk kunskap om återupplivning (ibid.). I två av studierna fick föräldrarna dock inget stöd av personalen (Harvey & Pattison, 2012; McGahey-Oakland et al., 2007). I övriga studier framgick det inte huruvida föräldrarna fick hjälp och stöd av anhörigmottagare. I den svåra situationen som återupplivning innebär uttryckte föräldrarna att de kände tillit till vårdpersonalen (Parra et al., 2018).

Faktorer av betydelse för föräldrarna

I detta tema samlas andra nivåns teman *En förälders rättighet och skyldighet*, *Att få se med egna ögon*, *Föräldrarnas sätt att hantera situationen*, *Föräldrarnas avsked*, *Goda minnen*, *Föräldrarna skulle göra det igen* och *Föräldrarnas upplevelse av vad deras närvaro betydde för barnen*.

En förälders rättighet och skyldighet

De flesta föräldrar i studierna ansåg att det var deras rättighet att få närvara vid sina barns återupplivning (Duran, Oman, Abel, Koziel & Szymanski, 2007; Mangurten et al., 2006;

McGahey-Oakland et al., 2007; O'Connell et al., 2017). Vidare ansåg många föräldrar att de i egenskap av förälder hade ett ansvar och en skyldighet att närvara vid barnets återupplivning (ibid.). ”*Samtliga tio familjemedlemmar ansåg att deras närvaro hos barnet var en entydig rättighet, ett inneboende och instinktivt ansvar*” (McGahey-Oakland et al., 2007, s. 220). Föräldrarna ansåg att trots ångest och rädslor var det otänkbart att inte närvara (Maxton, 2008).

Att få se med egna ögon

På väg in till rummet där deras barn återupplivades föreställde sig många föräldrar vad de skulle få se men de berättade i efterhand att verkligheten inte var lika hemsk som deras föreställningar var (Maxton, 2008). Sawyer et al. (2015) skriver att när föräldrarna fick se och röra barnet kände de sig delaktiga som en familj. Parra et al. (2018) skriver att föräldrarna tyckte det var skönt att se sitt barn och hur det mådde. Vidare hjälpte det föräldrarna att förstå barnets situation och hälsotillstånd (Duran et al., 2007; Mangurten et al., 2006; O'Connell et al., 2017). Att bevittna omhändertagandet hjälpte föräldrarna att inse allvaret i situationen (Maxton, 2008). O'Connell et al. (2017) skriver att föräldrarna genom sin närvaro fick förståelse för själva återupplivningsprocessen. Att få bevittna återupplivningen gjorde att föräldrarna insåg att vårdpersonalen gjorde sitt bästa (Sawyer et al., 2015). Föräldrarna beskrev att alla tvivel skingrats (McGahey-Oakland et al., 2007). Föräldrarnas närvaro vid återupplivningen gav dem möjligheten att inse att alla insatser som kunde göras för att rädda barnet utfördes (Mangurten et al., 2006; Maxton, 2008; McGahey-Oakland et al., 2007; Tinsley et al., 2008). Det var värdefullt och viktigt för föräldrarna att se att alla möjligheter var uttömda (ibid.).

Föräldrarnas sätt att hantera situationen

Föräldrarna kunde emotionellt acceptera åsynen av återupplivningen och kontrollera sina handlingar och känslor (Duran et al., 2007). Att fokusera på barnet minskade föräldrarnas trauma (Maxton, 2008). Deras fokus var på barnet och inte på åtgärderna i återupplivningen (Maxton, 2008; McGahey-Oakland et al., 2007). Föräldrarna försökte behålla hoppet och vara positiva samtidigt som de var medvetna om situationens hopplöshet (Maxton, 2008). Många uttryckte ett starkt behov av att gråta, men samtidigt fanns en rädsla för att gråten skulle tolkas som en svaghet och de skulle bli ombedda att lämna rummet (Maxton, 2008). Ju äldre barnet var desto närmare sängen ville föräldrarna vara (Tinsley et al., 2008).

I Harvey och Pattisons studie (2012) fick ingen av papporna stöd av personalen utan de använde sig av copingstrategier de utvecklat vid svåra händelser tidigare i livet. Framför allt bestod de av emotionella strategier som att försöka låta bli att tänka på vad som skedde, undvika att titta på återupplivningen och försöka fokusera på en positiv utgång (ibid.).

Föräldrarnas avsked

När föräldrarna närvarade så påbörjades deras sorgprocess redan under återupplivningen vilket möjliggjorde ett avslut (Harvey & Pattison, 2012; Maxton, 2008; McGahey-Oakland et al., 2007). Att få möjlighet att ta avsked gav dem sinnesro (Mangurten, 2006). McGahey-Oakland et al., (2007) beskriver att möjligheten att ge barnet tillåtelse att dö var en tröst i sig själv. Föräldrarna önskade starkt att inte behöva lämna eller överge sitt barn under vad som kunde vara barnets sista stund i livet (Maxton, 2008). I de fall då barnet inte överlevde upplevdes fysisk kontakt som läkande för föräldrarna (McGahey-Oakland et al., 2007). Det var viktigt för föräldrarna att få närvara vid alla händelser i barnets liv och de såg barnets död som en familjeangelägenhet i paritet med barnets födelse (ibid.).

Goda minnen

Maxton (2008) skriver att föräldrarna hade otydliga minnen av själva behandlingen vid återupplivningstillfället och minnena var inte traumatiska eller långvariga. När man mindes tillbaka var det barnet och dess överlevnad eller död man mindes, inte själva situationen (ibid.).

Föräldrarna skulle göra det igen

I Harvey och Pattisons studie (2012) ångrade inte föräldrarna att de hade närvarat. Även Sawyer et al. (2015) skriver att föräldrar vars barn genomgått basal eller avancerad återupplivning inte ångrade att de närvarat. Många föräldrar angav dessutom att de skulle göra det igen i en liknande situation (Duran et al., 2007; O'Connell et al., 2017; Parra et al., 2018; Tinsley et al., 2008). Föräldrarna ansåg att de skulle ha valmöjligheten att närvara samt att beslutet skulle vara deras, inte personalens (Duran et al., 2007; Tinsley et al., 2008). Vidare rekommenderade många föräldrar även andra föräldrar att närvara vid återupplivning (McGahey-Oakland et al., 2007; Tinsley et al., 2008).

Föräldrarnas upplevelse av vad deras närvaro betydde för barnen

För föräldrarna var det viktigt att barnet hade sällskap (Tinsley et al., 2008) och att det inte var utlämnat till främlingar (Parra et al., 2018), oavsett om det överlevde eller inte.

Föräldrarnas upplevelse var att deras närvaro i rummet gjorde barnen tryggare och lugnare (Parra et al., 2018). Vidare ansåg föräldrarna att deras barn ville ha dem där och att de gav barnen styrka genom sin närvaro (McGahey-Oakland et al., 2007). Föräldrarna ville inte att barnen skulle vara rädda (ibid.). Närvaron innebar ett emotionellt stöd för barnen enligt föräldrarna (Mangurten et al., 2006). Det minskade även deras barns ångest och gav barnen tröst (O'Connell et al., 2017). Föräldrarna såg sig själva som centrala personer för barnet (McGahey-Oakland et al., 2007). Vidare såg de sig som ombud för sitt barn (Maxton, 2008; O'Connell et al., 2017).

Diskussion

Metoddiskussion

För att nå en djupare förståelse för människors subjektiva upplevelser, uppfattningar eller erfarenheter är det relevant att undersöka detta med kvalitativa metoder (SBU, 2017). Därför gjordes en systematisk litteraturstudie där kvalitativa studier inkluderades för att beskriva föräldrarnas subjektiva upplevelser av att närvara vid sina barns återupplivning.

I de initiala sökningarna var det stora svårigheter att hitta material och finna artiklar. De flesta artiklarna som passade in på syftet var äldre än tio år. För att nå en tillfredsställande mängd artiklar fördes diskussioner med kursansvarig lärare, utbildningens examinator samt med handledare vilket ledde till att sökningarna utvidgades till att omfatta artiklar som var upp till femton år gamla. Efter möte med universitetsbibliotekarie kunde antalet databaser som sökningarna genomfördes i utökas från fyra till sex. Ytterligare genomläsning av SBU:s handbok (2017) resulterade i sökningar i en sjunde databas. Detta tillsammans med en utökning av sökorden resulterade i att antalet inkluderade artiklar ökade från fem till nio. Möjligen kunde andra sökord eller sökningar i andra databaser givet ett annorlunda resultat.

De inkluderade studierna var utförda i USA, Storbritannien, Australien och Spanien vilket kan ses som en styrka då förutsättningar för vård i de nämnda länderna skiljer sig åt. Dock ger

American Heart Association (AHA, 2015) och dess europeiska motsvarighet ERC (Maconochie et al., 2015) ut riktlinjer för att omhändertagandet vid återupplivning ska vara så likvärdigt som möjligt i olika länder. Inga nordiska artiklar anträffades vilket kan ha påverkat resultatet. Potentiellt kan studiernas ursprung påverka hur överförbart resultatet är till svenska/nordiska förhållanden. Dock visade resultatet i de analyserade artiklarna på stor samstämmighet vilket ökar bör öka överförbarheten. En styrka i magisteruppsatsen att samstämmigheten mellan de inkluderade studierna är hög. SBU (2017) skriver att samstämmigheten och trovärdigheten styrks om studierna genomförts av olika forskare, med ett varierande urval och om resultatet trots det pekar åt samma håll. Överförbarhet avser i vilken utsträckning resultatet är generaliserbart och relevant för svenska förhållanden (ibid.). Omhändertagandet av barn och föräldrar vid återupplivning av barn som beskrivs i de inkluderade studierna är likvärdig med det omhändertagande som ges i Sverige. Detta pekar på att resultatet går att överföra på svenska förhållanden.

Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande uppsats pekar på att föräldrar ville närvara vid återupplivning och visar att föräldrar upplevde närvaro vid sitt barns återupplivning till övervägande del positivt och meningsfullt. Samtliga inkluderade studier visade att det var viktigt för föräldrar att närvara. Relationen med personalen och hur de blev bemötta visade sig vara betydelsefull för föräldrarna i samband med återupplivning av deras barn vilket framkom i flera av studierna. Detta styrks av resultatet i en reviewstudie av Smith-McAlvin och Carew-Lyons (2014) som visade att föräldrarna ville närvara vid återupplivning av sina barn. Vidare ville föräldrarna att beslutet om att närvara skulle vara deras eget och att de upplevde att närvaron hjälpte deras barn såväl som de själva och vårdpersonalen. Speciellt fysisk kontakt med barnet var värdefull för föräldrarna. De föräldrar som inte närvarade upplevde att de inte fullföljt rollen som sitt barns ombud (ibid.).

Enligt resultatet var det vanligt för föräldrarna att uppleva negativa känslor. Detta förekom oftast då föräldrarna inte fick någon information, när de fick bristfällig information eller när de inte hade stöd från en anhörigmottagare. Föräldrarna i en studie (Maxton, 2008) upplevde stress då de negativa känslor som deras närvaro väckte stod i konflikt med viljan att närvara. I Sawyer et al:s studie (2015) upplevde papporna en konflikt mellan att följa med barnet eller att stanna hos sin nyförlösta partner. En åtgärd för att eliminera den konflikten var att ge det nyfödda barnet vård vid mammans sida (ibid.). En särskilt utsedd person, en så kallad

anhörigmottagare eller på engelska family facilitator, verkade enligt resultatet vara avgörande för att skapa en positiv upplevelse av att närvara vid barnets återupplivning. I studien av Barreto, Garcia-Vivar, Mitchell och Marcon (2018) ansåg personalen att hos anhöriga som närvarade vid återupplivning av sina barn uppstod psykiska och sociala behov som medförde att de behövde stöd av en anhörigmottagare. Resultatet i studien av Smith-McAlvin och Carew-Lyons (2014) visar även det på behovet av stöd till föräldrarna, både under och efter återupplivning av sina barn. Stödet gavs bäst av vårdpersonal med erfarenhet av akuta situationer och då helst en sjuksköterska (ibid.)

När omhändertagandet fungerade väl så genererade det positiva känslor hos föräldrarna så som lugn (Parra et al., 2018), glädje och stolthet (Harvey & Pattison, 2012) och att deras rädsla för det okända minskade (Mangurten et al., 2006; O'Connell et al., 2017). Föräldrarna beskrev att de kände sig delaktiga och att de fick en ökad känsla av kontroll i situationen (Mangurten et al., 2006; Maxton, 2008). Detta är i samklang med KASAM:s (Antonovsky, 2005) tre centrala komponenter hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet. Ökad känsla av kontroll kan kopplas till att hanterbarheten ökar. Ökad delaktighet kan ge en ökad känsla av begriplighet. Faktorer som ökar enskilda komponenter resulterar i en ökad känsla av meningsfullhet. Var för sig eller tillsammans skapar dessa faktorer en ökad KASAM (ibid.).

I studien av O'Connell et al. (2017) jämfördes föräldrar som närvarat vid återupplivning med föräldrar som inte närvarat. Föräldrar som inte närvarade menade att de inte hade påverkat vården om de fått närvara, att de hade bättre förstått sitt barns tillstånd och att närvaron hade minskat deras rädsla för det okända (ibid.). I Tinsley et al:s studie (2008) beskrev föräldrar som inte närvarat vid sitt barns återupplivning att om de närvarat hade de vetat att allt gjorts för deras barn. I jämförelse med anhöriga till vuxna patienter visade studien av Weslien, Nilstun, Lundqvist och Fridlund (2005) att de anhöriga som närvarade ansåg att det var deras rättighet, att det var värdefullt för sjukvårdspersonalen, patienten och dem själva. Att få se hur personalen på ett kompetent sätt vårdade deras anhörig (patienten) gav dem tillit och hopp och att alla möjligheter var uttömda (ibid.). I föreliggande studie ansåg föräldrarna att det var deras rättighet, ansvar och skyldighet att närvara vid sina barns återupplivning. De upplevde det viktigt att genom sin närvaro kunna bistå personalen med information om barnets hälsohistoria (O'Connell et al., 2017). Att få känna sig behövd ökar känslan av meningsfullhet vilket är ett av de tre centrala begreppen i Antonovskys KASAM (2005). Närvaron gjorde dessutom att föräldrarna fick en ökad förståelse för själva återupplivningsprocessen

(O'Connell et al., 2017), allvarlighetsgraden i situationen (Maxton, 2008) men också att de fick en ökad förståelse för att personalen gjorde sitt bästa (Sawyer et al., 2015) och därmed att alla möjligheter var uttömda (Mangurten et al., 2006; Maxton, 2008; McGahey-Oakland et al., 2007; Tinsley et al., 2008). Dessutom innebar deras närvaro att föräldrarna fick vara hos sina barn och kunde se vad som skedde med egna ögon. Sammanfattningsvis gjorde alla dessa faktorer att deras förståelse ökade och gjorde situationen begriplig och hanterbar i enlighet med KASAM (Antonovsky, 2005).

Ringer, Moller och Mutsaers (2017) skriver i sin reviewstudie att det var vanligt att föräldrar upplevde ångest när deras barn vårdades på sjukhus i samband sjukdom eller skada, inklusive återupplivning och den enda åtgärd som signifikant gjorde denna ångest hanterbar var närvaro vid barnets sida. Att ge uttryck för sina känslor kan bidra till ökad KASAM. Att gråta eller lämna rummet kan ses som ett sätt att hantera situationen. I föreliggande uppsats angavs i en studie (Maxton, 2008) att föräldrar uttryckte ett behov av att gråta men var rädda att det skulle ses av personalen som en oförmåga att hantera situationen. Detta kan tjäna som en påminnelse till vårdpersonal att känslouttryck inte nödvändigtvis är av ondo. Föräldrar önskade en större acceptans från vårdpersonal för deras behov att behöva lämna rummet en stund för att sedan komma tillbaka (Maxton, 2008). Papporna i Harvey och Pattisons studie (2012) använde sig av copingstrategier de utvecklat tidigare i livet, så som att de undvek att tänka eller titta på återupplivningssituationen samt att hoppas på en positiv utgång. Copingstrategier är en del av vad Antonovsky (2005) benämnde som friskfaktorer, det vill säga de sätt på vilket en person hanterar svåra livshändelser. En ökad möjlighet att uttrycka sina känslor eller möjligheten att få gå och komma skapar en större hanterbarhet vilket kan öka personens KASAM (ibid.).

I de fall då barnet avled så var det positivt för föräldrarna att få närvara under återupplivningen av deras barn, deras sorgprocess påbörjades tidigare (Harvey & Pattison, 2012; Maxton, 2008; McGahey-Oakland et al., 2007) och möjligheten att få ta avsked gav dem sinnesro (Mangurten et al., 2006). För föräldrarna var det lika viktigt att få närvara vid sitt barns död som vid dess födelse (McGahey-Oakland et al., 2007). Närvaron skapade därmed en meningsfullhet i enlighet med KASAM (Antonovsky, 2005). Att lära sig att leva med sorgen att ha förlorat sitt barn är en pågående process under lång tid och varje individ har sin egen tidslinje (Currie et al., 2018). Att få stöd under den svåra tiden, individens tidigare upplevelser och minnet av barnet och sjukhusvistelsen visade sig i Currie et al:s (2018) studie vara avgörande för hur föräldrarna hanterade sin sorg.

Inom akutsjukvården finns det föreställningar hos personalen om att anhöriga ska skyddas från att bevittna återupplivning då detta enligt personalen skulle kunna upplevas traumatiskt av anhöriga. Barreto et al. (2018) beskriver i sin studie att många av deltagarna hade en negativ uppfattning av familjenärvaro vid återupplivning. Dock hade majoriteten ingen personlig erfarenhet av familjemedlemmars närvaro vid återupplivningssituationer. De som hade erfarenhet av sådana situationer var positivt inställda till familjenärvaro. Personalen ville skydda familjen från en skrämmande och potentiellt traumatisk situation som skulle kunna leda till ångest, rädsla eller psykisk chock (ibid.). McGahey-Oakland et al. (2007) skriver att sjukvårdspersonalens negativa inställning till föräldrars närvaro vid barns återupplivning baseras på oron att föräldrarna skulle störa omhändertagandet och att det skulle skapa oönskade psykiska effekter hos föräldrarna. Personalen var dessutom orolig över att omhändertagandet vid återupplivningen av barnet skulle väcka anstöt hos föräldrarna (Duran et al., 2007). Minnena från återupplivningssituationen var inte långvariga eller traumatiska och föräldrarna i föreliggande studie mindes sitt barn, inte detaljer kring själva återupplivningen. Vidare visade resultatet i föreliggande uppsats att inga föräldrar ångrade att de närvarat vid återupplivningen av deras barn, många skulle dessutom göra det och skulle rekommendera andra föräldrar att närvara. Resultatet i föreliggande uppsats pekar på att sjukvårdspersonal inte har rätten att exkludera föräldrar från att närvara vid sitt barns återupplivning baserat på medarbetares personliga åsikter. Den vård som bedrivs ska vara evidensbaserad. I föreliggande uppsats pekar resultatet för att föräldrars närvaro vid deras barns återupplivning inte är traumatisk utan tvärtom kan vara gynnsam för föräldrarnas krisbearbetning. Den svenska Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (SFS 2017:30) skriver i 5 kap. 1§ att sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, vilket innebär att den ska vara av god kvalitet, den ska tillgodose patientens behov av trygghet och främja goda kontakter mellan patienten och personalen. Att få vara med sina föräldrar innebär trygghet för ett barn och att inkludera föräldrarna i barnets omvårdnad är att arbeta familjecentrerat. Det är en svår livskris att se sitt barn i en återupplivningssituation. Ändå kan föräldrarna uppleva sin närvaro hos barnet som meningsfull. Detta ökar förståelsen för omvärlden (Antonovsky, 2005).

Samhälleliga aspekter av föräldrars närvaro vid sina barns återupplivning kan förmodas vara att fler föräldrar blir nöjda med vården och att allmänheten blir mer nöjd med hälso- och sjukvården. Ekonomiska aspekter att ta hänsyn till är att om en personal ska avdelas som anhörigmottagare kan göra anspråk på ekonomiska medel. Dock pekar resultatet i

föreliggande studie på att föräldrars närvaro vid sina barns återupplivning kan vara gynnsamt för krisbearbetningen vilket kan minska behovet av psykosociala insatser i framtiden för föräldrarna. De olika ekonomiska aspekterna skall vägas mot varandra ur en nyttoprincip. Framtida forskning inom området föreslås för att utröna behovet kontra kostnader. Vidare bör etiska aspekter tas i beaktning när avgörandet sker om föräldrar får närvara vid sina barns återupplivning eller ej samt om de får stöd av personalen under tiden.

FN skriver i första artikeln i konventionerna om mänskliga rättigheter (Regeringskansliet, 2011) att alla människor är lika i värde och rättigheter vilket även innefattar barn. I artikel 16 står att familjen är en naturlig och grundläggande enhet i samhället och har därför rätt till samhällets skydd (ibid.). Vidare står det i Barnkonventionen ett barn har rätt till den omvårdnad och det skydd som behövs för barnets välbefinnande, med hänsyn till föräldrarnas rättigheter och skyldigheter (Unicef, 2018). HSL skriver i 3 kap. 1§ att hälso- och sjukvården ska ge vård på lika villkor med respekt för allas lika värde och den enskildes värdighet. Patientlagens (SFS 2014:821) 3 kap. 3§ anger att när patienten är ett barn har även vårdnadshavare (föräldern) rätt till information. Vidare anges i 4§ att om patienten är oförmögen att ta emot information så skall den informationen istället ges till närstående (ibid.). Gällande mänskliga rättigheter så pekar resultatet i föreliggande studie på att barnen har rätt att ha sina föräldrar närvarande.

Forskning kring föräldrars upplevelse av att närvara vid deras barns återupplivning är inte så genomforskat som anhöriga till vuxna patienter. Detta blev tydligt i datasökningarna då många studier fick exkluderas på grund av att de undersökte vuxna patienters anhöriga.

Konklusion och implikationer

Under förutsättning att föräldrarna får korrekt information, vid rätt tidpunkt och att de får stöd av en anhörigmottagare så menar författarna utifrån resultatet i föreliggande uppsats att det kan vara positivt för föräldrar att närvara vid sina barns återupplivning och att det kan öka deras känsla av sammanhang.

Resultatet i föreliggande studie pekar på att sjukvårdspersonal bör inkludera föräldrarna i beslutet att närvara vid deras barns återupplivning och att föräldrarnas önskan i möjligaste mån ska respekteras. För att etablera och tillämpa familjecentrerad vård i akuta situationer bör

riktlinjer på avdelnings- och sjukhusövergripande nivå utarbetas och personalens följsamhet säkerställas för att föräldrar ska tillåtas närvara vid sina barns återupplivning.

Referenser

AHA. (2015). American Heart Association. *Part 12. Pediatric Advanced Life Support*.
<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/themes/eccstaging/dompdf-master/pdf/files/part-12-pediatric-advanced-life-support.pdf> [Hämtad 2018-12-28]

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. 2 uppl. Stockholm: Natur och Kultur AB.

Barreto, M.S., Garcia-Vivar, C., Mitchell, M., & Marcon, S.S. (2018) Family presence during resuscitation in emergency departments: professionals' attitudes in Brazil. *International Nursing Review*: 65 (4): 567-576. Doi: 10.1111/inr.12490.

Curley, M.A.Q., Meyer, E.C., Scoppettuolo, L.A., McGann, E.A., Trainor, B.P., Rachwal, C.M., & Hickey, P.A., (2012). Parent presence during invasive procedures and resuscitation: Evaluating a clinical practice change. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*: 186 (11): 1133-1139. Doi:10.1164/rccm.201205-0915OC.

Currie, E.R., Christian, B.J., Hinds, P.S., Perna, S.J., Robinson, C., Day, S., Bakitas, M., & Meneses, K. (2018). Life after loss: Parent bereavement and coping experiences after infant death in the neonatal intensive care unit. *Death Studies*. Doi: 10.1080/07481187.2018.1474285.

Duran, C.R., Oman, K.S., Abel, J.J., Koziel, V.M., & Szymanski, D. (2007). Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *American Journal of Critical Care*: 16 (3): 270-282. ISSN: 1062-3264.

ENA. (2013). Emergency Nurses Association. *Emergency Nursing Pediatric Course: Manual till grundkursen*. Des Plaines.

Eurostat. (2017). *Being young in Europe today - health*.
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Being_young_in_Europe_today_-_health#Causes_of_death [Hämtad 2018-12-03]

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4 uppl. Stockholm: Natur & Kultur AB.

Harvey, M.E., & Pattison, H.M. (2012). Being there: a qualitative interview study with fathers present during the resuscitation of their baby at delivery. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*: 97: 439-443. Doi: 10.1136/archdischild-2011-301482.

Herlitz, J. (2017). *Svenska hjärt- och lungräddningsregistret: Årsrapport 2017*.
<http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/svenska-hlr-registret-arsrapport-2017.pdf> [2018-03-22]

Hjern, A., & Ascher, H. (2012). Hälso- och sjukvård för nyanlända barn. I: Hanséus K., Lagerkrantz H. & Lindberg T. (red.). *Barnmedicin. 2:a uppl.* Lund: Studentlitteratur AB.

Ingman, A.S., & Åkerström, S. (2011). *NIDCAP Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*. (rev.) Stockholm: Karolinska NIDCAP Center.

Isoardi, J., Slabbert, N., & Treston, G., (2005). Witnessing invasive paediatric procedures, including resuscitation, in the emergency department: A parental perspective. *Emergency Medicine Australasia*: 17 (3): 244-248. Doi:10.1111/j.1742-6723.2005.00730.x.

Juth, N., & Helgesson, G. (2018). Forskningsetik. I: Nyrén, O., Garwicz, M., Nilsson, K. & Shoshan, (red.). *Grunderna för ett vetenskapligt förhållningssätt inom medicinen*. Stockholm: Liber AB.

Karolinska Institutet (u.å. a). *Återupplivning*.

<https://mesh.kib.ki.se/Mesh/search/?searchterm=%C3%A5terupplivning> [Hämtad 2018-11-26]

Karolinska Institutet (u.å. b). *Hjärt-lungräddning*.

<https://mesh.kib.ki.se/term/D016887/cardiopulmonary-resuscitation> [Hämtad 2018-11-26]

Kleberg, A. (2013). Familjecentrerad utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP. I: Lundqvist, P. (red.). *Omvårdnad av det nyfödda barnet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Kleberg, A., & Westrup, B. (2008). Familjecentrerad utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP. I: Lagercrantz H., Hellström-Westas L. & Norman M. (red.). *Neonatologi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Langius-Eklöf, A., & Sundberg, K. (2014). *Känsla av sammanhang. I: Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.). Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa.* Lund: Studentlitteratur AB.

Linder, C.M., Suddaby, E.C., & Mowery, B.D. (2004). Parental presence during resuscitation: help or hindrance? *Pediatric Nursing*: 30 (2): 126-127, 148.

Maconochie, I.K., Bingham, R., Eich, C., López-Herce, J., Rodríguez-Núñez, A., Rajka, T., Van de Voorde, P., Zideman, D.A., & Biarent, D. (2015). *Paediatric life support. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015.*

https://cprguidelines.eu/sites/573c777f5e61585a053d7ba5/content_entry573c77e35e61585a053d7baf/573c780c5e61585a083d7bc9/files/S0300-9572_15_00340-8_main.pdf? [Hämtad 2018-04-25]

Mangurten, J., Scott, S.H., Guzzetta, C.E., Clark, A.P., Vinson, L., Sperry, J., Hicks, B., & Voelmeck, W. (2006). Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing*: 32 (3): 225-291. ISSN: 0099-1767.

Maxton, F.J. (2008). Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (23): 3168-3176. ISSN: 0962-1067.

McGahey-Oakland, P.R., Lieder H.S., Young A., & Jefferson L.S. (2007). Family experiences during resuscitation at a children's hospital emergency department. *Journal of Pediatric Health Care*: 21 (4): 217-225. Doi: 10.1016/j.pedhc.2006.12.001.

Meeks, R., (2009). Parental presence in pediatric trauma resuscitation: One hospital's experience. *Pediatric Nursing*: 35 (6): 376-380. UID: 7505804.

Ministry of Health of Great Britain. (1959). *Welfare of Children in Hospital.* London. <https://ia800201.us.archive.org/8/items/op1266065-1001/op1266065-1001.pdf> [Hämtad 2018-04-25]

Moore, H., (2009). Witnessed resuscitation: staff issues and benefits to parents. *Paediatric Nursing*: 21 (6): 22-25. UID: 9013329.

Mottillo, S., & Delaney, J.S. (2014). Should family members witness cardiopulmonary resuscitation? *Canadian Journal of Emergency Medicine*: 16 (6), 497-501. Doi: 10.2310/8000.2014.141321.

National Association of Emergency Medical Technicians. (2011). *PHTLS Prehospital Trauma Life Support*. 7th Edition. St. Louis: Mosby Jems Elsevier.

NE.se. (2018 a). Nationalencyklopedin. *Återupplivning*. Tillgänglig: Nationalencyklopedin [Hämtad 2018-04-23]

NE.se (2018 b). Nationalencyklopedin. *Hjärt- lungräddning*. Tillgänglig: Nationalencyklopedin [Hämtad 2018-04-23]

NOBAB. (u.å.). Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård. *Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård*. http://nobab.se/images/nobabprodukter/NOBABs_plansch.pdf [Hämtad 2018-11-26]

O'Connell, K., Fritzeen, J., Guzzetta, C.E., Clark, A.P., Lloyd, C., Scott, S.H., Aldridge, M.D., & Kreling, B. (2017). Family Presence during trauma resuscitation: Family members' attitudes, behaviors and experiences. *American Journal of Critical Care*: 26 (3): 229-239. ISSN: 1062-3264.

Parra, C., Mele, M., Alonso, I., Trenchs, V., & Luaces, C. (2018). Parent experience in the resuscitation room: how do they feel? *European Journal of Pediatrics*: 177 (12): 1859-1862. Doi: 10.1007/s00431-018-3236-5.

Predicare (2018). *Om RETTS*. <http://predicare.se/om-retts/> [Hämtad 2018-10-01]

Regeringskansliet. (2011). *FN:s konventioner om mänskliga rättigheter*. <https://www.regeringen.se/4a9fab/globalassets/regeringen/bilder/kulturdepartementet/demokrati-och-mr/mr-sidorna/fns-konventioner-om-manskliga-rattigheter.pdf> [Hämtad 2019-01-17]

Renck, H. (2003). *Svikt av vitala funktioner*. Torekov: Aniva förlag.

Riksföreningen för Barnsjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening. (2016).

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning_halso-och_sjukvard_for_barn_och_ungdomar.pdf [Hämtad 2018-10-01]

Ringer, T., Moller, D., & Mutsaers, A. (2017). Distress in Caregivers Accompanying Patients to an Emergency Department: A Scoping Review. *The Journal Of Emergency Medicine: 53* (4): 493-508. Doi: 10.1016/j.jemermed.2017.03.028.

Robinson, S.M., Mackenzie-Ross, S., Campbell Hewson, G.L., Egleston, C.V., & Prevost, A.T. (1998). Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet*. 22: 352 (9128): 614-617. Doi: 10.1016/S0140-6736(97)12179-1.

Röda Korsets Högskola. (2014). *Guide till referenshantering enligt APA - systemet. Svensk tolkning av APA - systemet för Röda Korsets Högskola.*

<https://www.rkh.se/PageFiles/466/APA-referensguide.pdf> [Hämtad 2018-01-04]

Sacchetti, A., Paston, C., & Carraccio, C. (2005). Family members do not disrupt care when present during invasive procedures. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of The Society For Academic Emergency Medicine: 12* (5): 477-479.

Sawyer, A., Ayers, S., Bertullies, S., Thomas, M., Weeks, A.D., Yoxall, C.W., & Duley, L. (2015). Providing immediate neonatal care and resuscitation at birth beside the mother: parents' views, a qualitative study. *BMJ Open: 18:5* (9): e008495. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-008495.

Smith-McAlvin, S., & Carew-Lyons, A. (2014). Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *American Journal of Critical Care: 23* (6): 477-485. ISSN: 10623264.

SBU. (2017). Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering. *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. En handbok*. Stockholm: SBU
<http://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>
[Hämtad 2018-05-08]

SFS 1949:381. Svensk författningssamling. Föräldrabalken. Stockholm: Justitiedepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381. [Hämtad 2018-11-26]

SFS 2001:453. Svensk författningssamling. Socialtjänstlagen. Stockholm: Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453 [Hämtad 2018-04-25]

SFS 2014:821. Svensk författningssamling. Patientlagen. Stockholm: Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821. [Hämtad 2018-04-25]

Socialstyrelsen (2017). *Statistik om skador bland barn 2016*.
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20744/2017-11-5.pdf>
[Hämtad 2018-03-22]

Socialstyrelsen (u.å). Dödsorsaker. I: *Statistikdatabas*.
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker> [Hämtad 2018-04-23]

SSF. (2015). Svensk Sjuksköterskeförening. *Familjefokuserad omvårdnad*.
<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/ssf.om.familjefokuserad.omvardnad.webb.pdf>
[Hämtad 2018-05-08]

Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2016). *A-HLR barn: Avancerad hjärt- och lungräddning till barn*. Stockholm: Svenska Rådet för Hjärt-lungräddning.

Söderbäck, M. (2010). Inledning. I: Söderbäck, M. (red.) *Barns och ungas rätt i vården*. Stiftelsen Allmänna barnhuset 2010:3 http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2013/11/Barn_och_ungas_ratt_i_varden.pdf [Hämtad 2018-09-24]

Tinsley, C., Hill, J.B., Shah, J., Zimmerman, G., Wilson, M., Freier, K., & Abd-Allah, S. (2008). Experience of families during cardiopulmonary resuscitation in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics*: 122 (4): 799-804. Doi: 10.1542/peds.2007-3650.

Unicef. (2018). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barns rättigheter*. <https://unicef.se/rapporter-och-publikationer/barnkonventionen>. [Hämtad 2018-04-25]

Weslien, M., Nilstun, T., Lundqvist, A., & Fridlund, B. (2006). Narratives about resuscitation - family members differ about presence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*: 5 (1): 68-74. Doi: 10,1016/j.ejcnurse.2005.08.002.

WHO. (2015). World Health Organization. *State of inequality: Reproductive, maternal, newborn and child health*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164590/9789241564908_eng.pdf;jsessionid=AC6425AB795698F10C4A91518C95C23F?sequence=1 [Hämtad 2018-04-23]

WHO. (2017). World Health Organization. *World Health Statistics 2017. Monitoring health for the SDGs*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf?sequence=1> [Hämtad 2018-04-23]

Wright, L.M., Watson, W.L., & Bell, J.M. (2011). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Tabell 1. Granskningsmatris

Sammanställning av kvalitetsgranskning av inkluderade studier. Baserat på SBU:s handbok.

Författare, (år), titel, land	Syfte	Population/ Informanter	Metod/ Analysmetod	Resultat	Etisk kommitté	Studie kvalitet
Duran, Oman, Abel, Koziel & Szymanski. (2007). <i>Attitudes toward and beliefs about family presence: A survey of health care providers, patients' families and patients'</i> . USA.	Att beskriva och jämföra uppfattningar om och attityder kring familjenärvaro hos personal, familjer och patienter.	202 medarbetare, 72 familjemedlemmar och 62 patienter på akutmottagning, IVA och neo-iva deltog.	Studietid sep - nov 2003. Deskriptiv enkätundersökning med kvantitativa och kvalitativa frågor.	Familjemedlemmar såg det som sin rätt att närvara. De ville få erbjudande om att närvara. Genom att se vad som hände ökade deras förståelse för barnets tillstånd. Upplevde att de hade självkontroll.	Godkänd	Hög
Harvey & Pattison. (2012). <i>Being there: a qualitative interview study with fathers present during the resuscitation of their baby at delivery</i> . Storbritannien.	Att undersöka pappors erfarenhet av att närvara vid återupplivning i samband med förlossningen.	19 förstagångspappor vars barn återupplivades direkt efter födseln. Samtliga var >18 år och talade engelska. Flerbördsförlossningar uteslöts liksom pappor vars barn inte överlevde.	Deskriptiv, retrospektiv studie som använde kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Tematisk analys.	Papporna var oförberedda och upplevde brist på information. De upplevde främst negativa känslor. Konflikt mellan att vara med barnet eller att vara med partnern.	Godkänd	Hög
Mangurten, Scott, Guzzetta, Clark, Vinson, Sperry, Hicks & Voelmeck. (2006). <i>Effects of Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures in a Pediatric Emergency Department</i> . USA	Att undersöka effektiviteten av ett protokoll för familjenärvaro och hur det kan underlätta oavbruten vård samt att beskriva föräldrars erfarenheter.	66 föräldrar som var med sitt barn under återupplivning eller invasiva vårdmoment. Barnets överlevnad är inte beskriven. >18 år och förstå engelska.	Deskriptiv studie. Telefonintervjuer.	Föräldrarna var positiva till att närvara samt ansåg att det hjälpte deras barn och minskade deras egna rädslor. Barnets vård stördes inte.	Godkänd	Hög

Författare, (år), titel, land	Syfte	Population/ Informanter	Metod/ Analysmetod	Resultat	Etisk kommitté	Studie kvalitet
Maxton. (2008). <i>Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience.</i> Storbritannien/Australien	Få förståelse för föräldrarnas upplevelse av att närvara eller inte närvara vid återupplivning av deras barn.	14 föräldrar vars barn fått hjärt-lungräddning under vårdtiden på BIVA, oavsett om barnet överlevde eller ej.	Hermeneutisk fenomenologi. Intervjuer.	Det var viktigt att vara där för sitt barn. Föräldrarnas negativa känslor överskuggades av viljan att förstå vad som hände. Viktigt att upprätthålla hopp. Viktigt med stöd från personalen.	Godkänd	Hög
McGahey-Oakland, Lieder, Young & Jefferson. (2007). <i>Family Experiences During Resuscitation at a Children's Hospital Emergency Department.</i> USA.	Att utveckla och implementera en policy för familjenärvaro under återupplivning. Beskriva familjemedlemmars erfarenheter.	10 familjemedlemmar som närvarade på rummet vid återupplivning. Samtliga barn dog före studiens start. Engelsk- och spansktalande.	Deskriptiv, retrospektiv studie mars 2002 - april 2003. Intervjuer. Analys gav teman.	Familjemedlemmar sade att det var deras rätt att närvara och att de hade en speciell relation till sitt barn. Huruvida de bevitnade återupplivningen påverkade deras förmåga att hantera utgången.	Godkänd	Hög
O'Connell, Fritzeen, Guzzetta, Clark, Lloyd, Scott, Aldridge & Kreling. (2017). <i>Family Presence During Trauma Resuscitation: Family Members' Attitudes, Behaviors and Experiences.</i> USA.	Att mäta attityder, beteende och erfarenheter hos familjemedlemmar till pediatrika patienter under återupplivning. Jämförelse mellan föräldrars upplevelse av närvaro och icke-närvaro.	Föräldrar till barn som uppfyllde kriterierna för traumalarm. Barnens överlevnad beskrivs inte. 126 föräldrar (telefonintervju) och 25 föräldrar (fokusgrupp).	Strukturerade telefonintervjuer & fokusgrupper 3-6 månader efter besöket på akutmottagningen. Mixed method.	Närvaro gjorde att de kunde vara barnets ombud, förstå barnets tillstånd och ge tröst. Att närvara var en rättighet.	Godkänd	Hög

Författare, (år), titel, land	Syfte	Population/ Informanter	Metod/ Analysmetod	Resultat	Etisk kommitté	Studie kvalitet
Parra, Mele, Alonso, Trenchs & Luaces. (2018). <i>Parent experience in the resuscitation room: how do they feel?</i> Spanien.	Att beskriva föräldrars erfarenhet av att närvara på återupplivningsrummet på barnakuten samt att identifiera utvecklingsmöjligheter.	50 familjemedlemmar som närvarade på återupplivningsrummet. Föräldrar till barn som avled exkluderades.	Prospektiv studie sep 2016 - aug 2017. Intervju i personligt möte/per telefon.	Föräldrarna beskrev nervositet och tillit till personalen som viktigast. Alla föräldrarna önskade närvara och kände att deras närvaro gynnade barnen, dem själva och personalen.	Godkänd	Hög
Sawyer, Ayers, Bertullies, Thomas, Weeks, Yoxall & Duley. (2015). <i>Providing immediate neonatal care and resuscitation at birth beside the mother: parents' views, a qualitative study.</i> Storbritannien.	Att undersöka föräldrars upplevelse av omedelbar neonatal vård och återupplivning bedside vid födseln.	Föräldrar vars barn föddes för tidigt. 19 intervjuer med sammanlagt 30 deltagare. Samtliga barn överlevde.	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer. Studietid nov 2012 - jan 2014.	Föräldrarnas närvaro lät dem se vad som gjordes med barnet och fick försäkran att personalen gjorde sitt bästa. Det gjorde att de kände sig delaktiga. Underlättade kommunikationen med personalen.	Godkänd	Hög
Tinsley, Hill, Shah, Zimmerman, Wilson, Freier & Abd-Allah. (2008). <i>Experience of Families During Cardiopulmonary Resuscitation in a Pediatric Intensive Care Unit.</i> USA.	Att undersöka föräldrars upplevelse av hur deras närvaro vid återupplivning av deras barn har påverkat dem och om de kan rekommendera erfarenheten till andra.	41 föräldrar till barn som var inlagda på BIVA och som närvarade vid deras barns hjärt-lungräddning. Samtliga barn dog före studiens start.	Enkätundersökning med kvantitativa och kvalitativa frågor.	Närvaro och närhet till barnet var viktigt för föräldrarna och var det som var till störst hjälp för dem i situationen. Föräldrarna skulle närvara igen vid en liknande situation och rekommenderade även andra att närvara.	Godkänd	Hög

Bilaga 1 (3)

Tabell 2. Sökschema för sökning i PubMed

Datum	Sök	Sökord	Begränsningar	Funna titlar	Exkl. r/t titel	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Inkl.
181011	#1	Parent (MESH-term)	Årtal 10 år. Abstrakt och Fulltext tillgängligt. Eng, dan, nor, sve. Human	14 299	14 299	0	0	0
	#2	Presence (MESH-term)	Som ovan	0	0	0	0	0
	#3	Resuscitation (MESH-term)	Som ovan	5 967	5 967	0	0	0
	#4	Child (MESH-term)	Som ovan	145 575	145 575	0	0	0
	#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Som ovan	0	0	0	0	0
	#6	#1 AND #3 AND #4	Som ovan	14	10	4	1	0
	#7	presen* (MESH-term)	Som ovan	894	894	0	0	0
	#8	#1 AND #7 AND #3 AND #4	Som ovan	0	0	0	0	0
	#9	Parent (fritext)	Som ovan	32 898	32 898	0	0	0
	#10	Presence (fritext)	Som ovan	106 279	106 279	0	0	0
	#11	Resuscitation (fritext)	Som ovan	8 183	8 183	0	0	0
	#12	Child (fritext)	Som ovan	173 191	173 191	0	0	0
	#13	#9 AND #10 AND #11 AND #12	Som ovan	6	3	3	0	0
	#14	paren* (fritext)	Som ovan	32 054	32 054	0	0	0
	#15	parent* (fritext)	Som ovan	39 649	39 649	0	0	0
	#16	presen* (fritext)	Som ovan	394 787	394 787	0	0	0
	#17	resusc* (fritext)	Som ovan	5 745	5 745	0	0	0
	#18	child* (fritext)	Som ovan	224 960	224 960	0	0	0
	#19	#14 AND #16 AND #17 AND #18	Som ovan	31	31	5	0	0
181109	#1	Parent	Årtal 15 år. Abstrakt och Fulltext tillgängligt. Eng, dan, nor, sve.	7 319	7 319	0	0	0
	#2	Presence	Som ovan	36 141	36 141	0	0	0

	#3	Resuscitation	Som ovan	2 032	2 032	0	0	0
	#4	Child	Som ovan	41 148	41 148	0	0	0
	#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Som ovan	0	0	0	0	0
	#6	Parent AND presence AND resuscitation AND child	Som ovan	19	19	11	8	1
181123	#1	(parent or family or caregiver) AND (resuscitation or cpr or cardiopulmonary resuscitation) AND child AND presence NOT (pre-hospital or paramedics or ambulance)	Som ovan	3 675	3 675	0	0	0
	#2	(parent or family or caregiver) AND (resuscitation or cpr or cardiopulmonary resuscitation)	Som ovan	3 465	3 465	0	0	0

Tabell 3. Sökschema för sökning i Cinahl

Datum	Sök	Sökord	Begränsningar	Funna titlar	Exkl. r/t titel	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Inkl
181011	#1	Parent	Årtal 10 år. Abstrakt och Fulltext tillgängligt. Eng, dan, nor, sve.	47 005	47 005	0	0	0
	#2	Presence	Som ovan	73 437	73 437	0	0	0
	#3	Resuscitation	Som ovan	8 780	8 780	0	0	0
	#4	Child	Som ovan	208 131	208 131	0	0	0
	#5	#8 AND #10 AND #12 AND #14	Som ovan	18	9	3	3	2
	#6	parent* AND presen* AND resusc* AND child*	Som ovan	43	26	10	1 + 1 via källsök	1
181109	#1	Parent	Årtal 15 år. Abstrakt och Fulltext tillgängligt. Eng, dan, nor, sve	57 688	57 688	0	0	0
	#2	Presence	Som ovan	85 964	85 964	0	0	0
	#3	Resuscitation	Som ovan	10 243	10 243	0	0	0
	#4	Child	Som ovan	252 384	252 384	0	0	0
	#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Årtal 10-15 år. Abstrakt & Fulltext tillgängligt. Eng, dan, nor, sve	8	8	4	2	1
	#6	Parent AND presence AND resuscitation AND child	2003-2008 Fulltext och Abstrakt	8	8	0	0	0
181123	#1	parent or family or caregiver AND resuscitation or cpr or	Årtal 15 år Eng	431	431	0	0	0

		cardiopulmonary resuscitation AND child						
	#2	parent or family or caregiver AND resuscitation or cpr or cardiopulmonary resuscitation AND child AND presence NOT pre-hospital or paramedics or ambulance	Årtal 15 år Eng	84	83	15	1	1

Tabell 4. Sökschema för sökning i Psychinfo

Datum	Sök	Sökord	Begränsning	Funna titlar	Exkl. r/t titel	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Inkl
181011	#1	Parent	Årtal 10 år. Fulltext tillgängligt. Eng., dan., nor., sve. Human.	67 100	67 100	0	0	0
	#2	Presence	Som ovan	41 854	41 854	0	0	0
	#3	resuscitation	Som ovan	889	889	0	0	0
	#4	child	Som ovan	225 032	225 032	0	0	0
	#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Som ovan	6	0	6	6	0
	#6	paren*	Som ovan	283 667	283 667	0	0	0
	#7	parent*	Som ovan	281 580	281 580	0	0	0
	#8	presen*	Som ovan	1 074 766	1 074 766	0	0	0
	#9	resusc*	Som ovan	2 246	2 246	0	0	0
	#10	child*	Som ovan	821 700	821 700	0	0	0
	#11	#6 #8 #9 #10	Som ovan	17	0	17	15	2
181109	#1	Parent	2003-2008 Eng, dan, nor, sve	37 997	37 997	0	0	0
	#2	Presence	Som ovan	21 775	21 775	0	0	0
	#3	Resuscitation	Som ovan	335	335	0	0	0
	#4	Child	Som ovan	119 057	119 057	0	0	0
	#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Som ovan	4	4	4 (dubl)	0	0
	#6	Parent AND presence AND resuscitation AND child	10-15 år	11	11	0	0	0
181123		parent or family or caregiver AND resuscitation or cpr or cardiopulmonary resuscitation AND child AND presence NOT	Årtal 15 år Eng	0	0	0	0	0

		pre-hospital or paramedics or ambulance						
--	--	-----------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Tabell 5. Sökschema för sökning i Cochrane

<i>Sökord</i>	<i>Begränsningar</i>	<i>Funna titlar</i>	<i>Exkl. r/t titel</i>	<i>Lästa abstrakt</i>	<i>Lästa i fulltext</i>	<i>Inkl.</i>
Parent (MESH)	Årtal 10 år	1 067	1 067	0	0	0
Parent AND presence AND resuscitation AND child	Som ovan	2	2	2	0	0
Resuscitation	Årtal 10 år. Child Health	33	33	33	0	0
Presence AND resuscitation	2008-2018	186	0	0	0	0
Presence AND resuscitation AND child	2008-2018	14	13	1	0	0

Tabell 6. Sökschema för sökning i LUBsearch

<i>Datum</i>	<i>Sök</i>	<i>Sökord</i>	<i>Begränsningar</i>	<i>Funna titlar</i>	<i>Exkl. r/t titel</i>	<i>Lästa abstrakt</i>	<i>Lästa i fulltext</i>	<i>Inkl.</i>
181126	#1	parent or family or caregiver AND resuscitation or cpr or cardiopulmonary resuscitation AND child	15 år. Eng, nor, sve.	2 989	2 989	0	0	0
	#2	parent or family or caregiver AND resuscitation or cpr or cardiopulmonary resuscitation AND child AND family presence AND qualitative research or qualitative study or qualitative methods or interview	15 år Eng, sve.	30	29	1	0	0

Tabell 7. Sökschema för sökning i Embase

Datum	Sök	Sökord	Begränsningar	Funna titlar	Exkl. r/t titel	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Inkl.
181129	#1	('family'/exp OR 'family' OR 'parent'/exp OR 'biological parent' OR 'parent' OR 'parents') AND ('resuscitation'/exp OR 'cardio pulmonary resuscitation' OR 'cardiopulmonary resuscitation' OR 'advanced cardiac life support' OR 'resuscitation') AND ('child'/exp OR 'child' OR 'children') AND ('qualitative research'/exp OR 'qualitative research' OR 'qualitative studies' OR 'qualitative study')		33	27	5	1	0

Tabell 8. Sökschema för sökning i Google Scholar

Datum	Sök	Sökord	Begränsningar	Funna titlar	Exkl. r/t titel	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Inkl.
181126	#1	parent OR family AND resuscitation AND child AND qualitative research OR study	2003-2018 Relevans	17 600	17 570*	30	2	1

* De 100 första titlarna genomlästes utifrån relevans. Av dessa lästes 30 abstrakt varav 2 valdes ut att läsa i fulltext.

Tabell 9. Sökschema källsökning

Datum	Sök	Studie	Begränsning	Antal referenser	Lästa titlar	Exkl. r/t titel	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Inkl.
181029	#1	Smith McAlvin, S. & Carew-Lyons, A. Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: A systematic review. <i>American Journal of Critical Care (AM J CRIT CARE)</i> , Nov2014; 23(6): 477-485. Doi: 10.4037/ajcc2014922	10 år	22	22	16	4	2	0
	#2	Smith McAlvin, S. & Carew-Lyons, A. Family presence during resuscitation and	10-15 år	22	22	12	10	0	0

		invasive procedures in pediatric critical care: A systematic review. <i>American Journal of Critical Care (AM J CRIT CARE)</i> , Nov2014; 23(6): 477-485. Doi: 10.4037/ajcc2014922							
	#3	Ringer, T., Moller, D. & Mutsaers, A. Distress in Caregivers Accompanying Patients to an Emergency Department: A Scoping Review. <i>Journal of Emergency Medicine (0736-4679) (J EMERG MED)</i> , Oct2017; 53(4): 493-508. Doi: 10.1016/j.jemermed.2017.03.028	10 år	50	50	45	5	0	0
	#4	Ringer, T., Moller, D. & Mutsaers, A. Distress in Caregivers Accompanying Patients to an Emergency Department: A Scoping Review. <i>Journal of Emergency Medicine (0736-4679) (J EMERG MED)</i> , Oct2017; 53(4): 493-508. Doi: 10.1016/j.jemermed.2017.03.028	10-15 år	50	50	50	0	0	0
	#5	Shaw, K., Ritchie, D. & Adams, G. Does witnessing resuscitation help parents come to terms with the death of their child? A review of the literature. <i>Intensive & Critical Care Nursing (INTENSIVE CRIT CARE NURS)</i> , Oct2011; 27(5): 253-262. Doi: 10.1016/j.iccn.2011.05.001	10 år	17	17	15	2	0	0
	#6	Shaw, K., Ritchie, D. & Adams, G. Does witnessing resuscitation help parents come to terms with the death of their child? A review of the literature. <i>Intensive & Critical Care Nursing (INTENSIVE CRIT CARE NURS)</i> , Oct2011; 27(5): 253-262. Doi: 10.1016/j.iccn.2011.05.001	10-15 år	17	17	17	0	0	0
	#7	Tinsley, C., Hill, J.B., Shah, J., Zimmerman, G., Wilson, M., Freier, K. & Abd-Allah, S. A personal reflection and account of the newborn life support course. <i>MIDIRS</i>	10-15 år	24	24	22	0	0	0

		<i>Midwifery Digest (MIDIRS MIDWIFERY DIGEST)</i> , 2003 Jun; 13(2): 235-237. ISSN: 0961-5555							
	#8	O'Connell, K. & Fritzeen, J. FAMILY Presence during trauma resuscitation: Family members' attitudes, behaviors and experiences. <i>American Journal of Critical Care</i> , May2017; 26(3): 229-239. ISSN: 1062-3264	10 år	44	44	35	9	0	0
	#9	O'Connell, K. & Fritzeen, J. FAMILY Presence during trauma resuscitation: Family members' attitudes, behaviors and experiences. <i>American Journal of Critical Care</i> , May2017; 26(3): 229-239. ISSN: 1062-3264	10-15 år	44	44	43	1	0	0
	#10	Mangurten, J., Scott, S.H., Guzzetta, C.E., Clark, A.P., Vinson, L., Sperry, J., Hicks, B. & Voelmeck, W. Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. <i>JEN: Journal of Emergency Nursing (J EMERG NURS)</i> , Jun2006; 32(3): 225-291. ISSN: 0099-1767	10-15 år	20	20	20	0	0	0
181029 PubMed	#11	Källsökning Jabre & family presence		3	3	0	3	2	0
	#12	Maxton, F.J. Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. <i>Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS)</i> , Dec2008; 17(23): 3168-3176. ISSN: 0962-1067	10 år	59	59	59	0	0	0
	#13	Maxton, F.J. Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. <i>Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS)</i> , Dec2008;	15 år	59	59	55	4	0	0

		17(23): 3168-3176. ISSN: 0962-1067							
181126	#1	Sacchetti, A., Paston, C. & Carraccio, C. Family members do not disrupt care when present during invasive procedures. <i>Academic Emergency Medicine (ACAD EMERG MED)</i> , May2005; 12(5): 477-479. ISSN: 1069-6563	15 år	9	9	7	2	0	0
	#2	Parra, C., Mele, M., Alonso, I., Trenchs, V. & Luaces, C. Parent experience in the resuscitation room: how do they feel? <i>European Journal of Pediatrics (EUR J PEDIATR)</i> , Dec2018; 177(12): 1859-1862. Doi: 10.1007/s00431-018-3236-5	15 år	11	11	7	4	0	0
181205	#1	Sawyer, A., Ayers, S., Bertullies, S., Thomas, M., Weeks, A.D., Yoxall, C.W. & Duley, L. Providing immediate neonatal care and resuscitation at birth beside the mother: parents' views, a qualitative study. <i>BMJ Open</i> . 2015 Sep 18;5(9):e008495. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-008495.	15 år.	26	26	20	6	0	0
	#2	Harvey, M.E. & Pattison, H.M. Being there: a qualitative interview study with fathers present during the resuscitation of their baby at delivery. <i>Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition</i> 2012; 97:F439-F443. Doi: 10.1136/archdischild-2011-301482.	15 år	26	26	26	1	0	0
	#3	Duran, C.R., Oman, K.S., Abel, J.J., Koziel, V.M. & Szymanski, D. Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families, and patients. <i>American Journal of Critical Care (AM J CRIT CARE)</i> , May2007; 16(3): 270-282. ISSN: 1062-3264	15 år	46	46	46	0	0	0

Bilaga 1. **Mall för bedömning av relevans**

REVIDERAD 2014

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

1. Studiepopulation	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är den population som deltagarna togs från tydligt beskriven och relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är sättet att rekrytera deltagare acceptabelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är studiens inklusionskriterier adekvata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Är studiens exklusionskriterier adekvata? ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Undersökt intervention	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är den undersökta interventionen relevant? ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är den undersökta interventionen administrerad/utförd på ett korrekt sätt? ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är den undersökta interventionen administrerad/utförd på ett reproducerbart sätt? ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jämförelseintervention	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är jämförelseinterventionen relevant? ⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kan man utesluta att val av jämförelseintervention, dos eller administrationssätt/utförande medfört ett systematiskt fel till förmån för endera interventionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Effektmått	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Har undersökta effektmått klinisk relevans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Studielängd ⁶	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är studiens längd adekvat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är uppföljningstiden adekvat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total bedömning av studierelevans				
Relevant <input type="checkbox"/>		Inte relevant <input type="checkbox"/>		

STATENS BEREDNING FÖR
MEDICINSK UTVÄRDERING

MALL FÖR BEDÖMNING AV RELEVANS

1:1

Figur 2. SBU:s mall för relevansgranskning.

Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

REVIDERAD 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög Medelhög Låg

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är urvalet relevant?
- b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?
- c) Är kontexten tydligt beskriven?
- d) Finns relevant etiskt resonemang?
- e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc):



STATENS BEREDNING FÖR
MEDICINSK UTVÄRDERING

MALL FÖR KVALITETSGRANSKNING AV STUDIER MED KVALITATIV FORSKNINGSMETODIK

5:1

Figur 3:1. SBU:s mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik.

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

Figur 3:2. SBU:s mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetod.