



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors erfarenheter i samband med hjärt- och lungräddning

En litteraturstudie

Författare: Ellen Mercke & Felicia Sonesson

Handledare: Jonas Wihlborg

Kandidatuppsats, En litteraturstudie

Hösten 2019

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

Sjuksköterskors erfarenheter i samband med hjärt- och lungräddning

En litteraturstudie

Nurses experiences in relation to cardiopulmonary resuscitation

A litteratur review

Författare: Ellen Mercke & Felicia Sonesson

Handledare: Jonas Wihlborg

Kandidatuppsats, En litteraturstudie

Hösten 2019

Abstrakt

Bakgrund: Årligen drabbas cirka 1500 patienter av hjärtstopp på sjukhus i Sverige. Sjuksköterskor är oftast först på plats vid hjärtstopp och initierar hjärt- och lungräddning (HLR). Till följd av detta har sjuksköterskor en central roll i återupplivningsarbetet och därmed är det av stort intresse att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av HLR. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter i samband med hjärt- och lungräddning. **Metod:** Litteraturstudien utgick från en induktiv ansats. Datainsamlingen gjordes genom CINAHL och Pubmed och 10 artiklar inkluderades i resultatet. **Resultat och slutsats:** Sjuksköterskor upplevde stolthet samt att de utvecklades inom sin roll och profession när HLR-situationer var välfungerade. Sjuksköterskor upplevde också HLR-situationer som ångestfyllda, traumatiska och påfrestande när återupplivningsförsök inte fungerade optimalt. Regelbunden HLR-utbildning, en tydlig rollfördelning och god kommunikation inom teamet under utförandet samt tid för bearbetning och stöd i form av debriefing efter HLR var aspekter som upplevdes resultera i positiva erfarenheter av HLR. Brister i sjuksköterskors arbetsmiljö innan, under och efter HLR har en negativ påverkan på sjuksköterskors psykiska reaktioner.

Nyckelord

Hjärt- och lungräddning, hjärtstopp, sjuksköterskor, erfarenheter, debriefing, HLR-utbildning, anhöriga

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

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Innehållsförteckning | 1 |
| Introduktion | 2 |
| Problemområde | 2 |
| Bakgrund | 3 |
| Perspektiv och utgångspunkter | 3 |
| Hjärtstopp | 4 |
| Hjärtstopp på sjukhus | 6 |
| Sjuksköterskors profession och ansvar | 6 |
| Syfte | 7 |
| Metod | 8 |
| Urval | 8 |
| Datainsamling | 9 |
| Data analys | 11 |
| Forskningsetiska avvägningar | 12 |
| Resultat | 13 |
| Sjuksköterskors erfarenheter före HLR | 14 |
| Positiva erfarenheter av HLR-utbildning | 14 |
| Negativa erfarenheter av HLR-utbildning | 15 |
| Sjuksköterskors erfarenheter under HLR | 15 |
| Rollfördelning och samarbete inom team | 15 |
| Anhörigas närvaro | 16 |
| Sjuksköterskors stress | 17 |
| Sjuksköterskors självförtroende | 18 |
| Etiska dilemman | 18 |
| Sjuksköterskors erfarenheter efter HLR | 19 |
| Att ge dödsbesked till anhöriga | 19 |
| Utfall av HLR-situationer | 19 |
| Debriefing och bearbetning | 20 |
| Diskussion | 21 |
| Diskussion av vald metod | 21 |
| Diskussion av framtaget resultat | 23 |
| Slutsats och kliniska implikationer | 25 |
| Författarnas arbetsfördelning | 26 |
| Referenser | 27 |
| Bilaga 1 (1) | 34 |

Introduktion

Mellan år 2001 och 2017 rapporterades närmare 27000 hjärtstopp på sjukhus i Sverige (Herlitz, 2018). Ett hjärtstopp innebär att hjärtats funktionsförmåga avstannat och till följd av att de vitala organen drabbas av anoxi avlider patienten inom några minuter om ingen behandling initieras (Hjärt-lungfonden, 2017). Behandlingen som tillämpas vid ett hjärtstopp är hjärt- och lungräddning (HLR) samt defibrillering för att bibehålla en syretransport i cirkulationssystemet respektive återställning till normal hjärtrytm (Svenska rådet för hjärt- och lungräddning, 2017).

Sjuksköterskors professionella ansvar innebär ett ansvarstagande för hens egna handlingar samt för andra människor (Sandman & Källström, 2013). Enligt HSL (SFS 2017:30) stadga 2 a § har hälso- och sjukvården krav på sig att tillgodose patienten en säker och trygg vård av god kvalitet. Pettersen et al. (2018) menar att sjuksköterskor är den profession som upptäcker patienter som drabbats av hjärtstopp och således ofta initierar behandlingen med HLR inom slutenvården.

Problemområde

Sjuksköterskors beslutstagande kan brista vid stressfulla situationer och således påverka patienternas vård (Cranley, Doran, Tourangeau, Kushniruk & Nagle, 2012) och endast 29% av de som drabbades av hjärtstopp på sjukhus år 2011 i Sverige överlevde (Svenska läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening & Svenska rådet för hjärt- och lungräddning, 2013). Preusch, Roggenbach, Katus och Nikendei (2010) belyser i sin studie att HLR-utförandet är bristfälligt trots sjuksköterskors kompetens kring HLR och Hamilton (2005) menar att den praktiska kunskapen efter HLR-utbildning minskar redan efter två veckor. Banks och Trull (2012) visar att sjuksköterskor upplever återupplivningsförsök med HLR som en stressfull och kaotisk situation. I en studie av McMeekin (2017) betonas ett flertal risker för sjuksköterskor om HLR-utförandet utmynnar i död hos patienten. Den traumatiska och psykiskt pressande upplevelsen kan ha direkta konsekvenser på arbets- och privatlivet samt att det finns en risk att utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (McMeekin, 2017).

HLR till följd av hjärtstopp är en situation som samtliga sjuksköterskor kan möta i det patientnära arbetet och studier har beskrivit att det är ett moment som kan erfaras påfrestande och stressfullt. Följaktligen kan det vara av intresse att undersöka sjuksköterskors erfarenheter i samband med HLR för att få en ökad förståelse kring hur sjuksköterskor upplever och påverkas av HLR-situationer.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Virginia Henderson utformade en teori om omvårdnadens grundprinciper där hon definierade omvårdnad och sjuksköterskors ansvarsområde (Henderson, 1991). Teorin beskrivs innefatta ett unikt ansvar att hjälpa individer, friska eller sjuka, att utföra aktiviteter som bidrar till hälsa, återhämtning eller en fridfull död som patienten själv hade gjort om individen haft styrkan, viljan eller kunskapen. Således är det sjuksköterskors ansvar att försöka få förståelse för de behov patienten har och behöver hjälp med för att därefter kunna tillfredsställa dessa. Teorin beskriver 14 grundläggande omvårdnadsdelar för sjuksköterskor som ingår i allmän omvårdnad. Den första komponenten är att hjälpa patienten att andas vilket sjuksköterskor försöker att åtgärda vid hjärtstopp genom att utföra HLR. Denna studie undersökte sjuksköterskors erfarenheter av HLR med Hendersons grundprinciper som en genomgående utgångspunkt. Hendersons teori grundas i en tanke om att sjuksköterskor ansvarar för varje patients hälsa när hen själv är oförmögen till detta. Sjuksköterskor bör således utföra HLR vid hjärtstopp för att bidra till hälsa och återhämtning (Henderson, 1991).

Att bemästra stress har historiskt sett studerats och på 1980-talet presenterade Lazarus och Folkman en teori om psykologisk stress och copingstrategier (Lazarus & Folkman, 1984). Coping innebär en slags stresshantering eller bemästrande av stress, det vill säga hur personer agerar i stressade situationer. Vidare beskrivs coping som konstant föränderliga kognitiva och beteendemässiga ansträngningar, för att kunna hantera specifika externa eller interna krav som bedöms som påfrestande eller överstiga individens resurser. Lazarus och Folkman definierar begreppet stress som en interaktion mellan situation och person samtidigt som att det är en pågående process mellan personen och hens miljö. Individens stressnivå är baserat på hens bedömning av situationen samt om det finns eventuella stressorer i den omgivande miljön. Individen gör även en bedömning om vilka resurser och förmågor hen har till förfogande för den nya situationen (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus & Folkman (1984) delade in coping i två huvudkategorier som benämns probleminriktad och emotionellt inriktad. Probleminriktad coping fokuserar på att försöka förändra eller hantera den egentliga orsaken till stress, det vill säga stressorn. Stressorer beskrivs som händelser som hotar individens psykiska eller fysiska välmående och framkallar en stressreaktion. Copingstrategier för att hantera stressen kan vara att definiera problemet, överväga alternativa lösningar eller väga för- och nackdelar emot varandra för de olika lösningarna för att sedan agera. Emotionellt inriktad coping fokuserar på att hantera de emotionella delarna som orsakar stressen och personen förändrar upplevelsen istället för att hantera den direkta situationen. Strategier för att hantera stress inom denna kategorien kan vara att distansera sig från problemet eller undvika och förminska händelsen (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus och Folkmans teori användes som ett perspektiv i författarnas diskussionsdel. Perspektivet baseras på hur sjuksköterskor använder coping för att kunna hantera HLR-situationer som beskrivs som stressiga och svåra.

Hjärtstopp

Mellan 2005 och 2016 rapporterades 22778 fall i Sverige där patienter på sjukhus drabbats av ett hjärtstopp och HLR initierats (Herlitz, 2017). Ett hjärtstopp definieras som att hjärtats kontraktionsförmåga plötsligt upphör (Strömsöe, 2013). Hjärtats kontraktioner styrs av hjärtmuskelceller som leder elektriska impulser från sinusknutan, genom hjärtat och ut i ventriklarna som i sin tur kontraheras och försörjer kroppen med syre (Svenska rådet för hjärt- och lungräddning, 2019). Ett plötsligt hjärtstopp är en av de vanligaste dödsorsakerna i Sverige och orsaker till detta kan vara hjärtsjukdomar, lungsjukdomar eller förgiftning (Svenska rådet för hjärt- och lungräddning, 2019). Strömsöe (2013) menar att den vanligaste orsaken till hjärtstopp är ventrikelflimmer till följd av en hjärtinfarkt. Ventrikelflimmer innebär att de elektriska signalerna påbörjas i ventrikeln istället för sinusknutan vilket resulterar i osynkroniserad och vibrerande hjärtrytm och således upphörande av kontraktionerna (Hjärt-lungfonden, 2017). Syretransporten upphör då att fungera, hjärnans behov av syre blir inte tillgodosett och den drabbade patienten förlorar följaktligen medvetandet. Om inte snabb behandling sätts in avlider patienten inom ett par minuter (Hjärt-lungfonden, 2017).

Hjärtstopp kan vara svårt att identifiera då det kan förekomma diffusa symtom som exempelvis agonal andning men HLR bör alltid påbörjas vid misstanke om hjärtstopp (Hjärt-lungfonden, 2017). HLR innebär mekaniska bröstkompressioner samt ventilationsinblåsningar för att upprätthålla en god syresättning till de vitala organen (Svenska rådet för hjärt- och lungräddning, 2011). Bröstkompressioner medför en risk att skada patienten men detta bortses då alternativet att inte utföra bröstkompressioner alls leder till en garanterad död för patienten (Smekal, 2013). Riktlinjer för HLR förändras ständigt över tid i samband med att ny forskning tillkommer (Svenska rådet för hjärt- och lungräddning, 2017). De senaste riktlinjerna från European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation (ERC) släpptes 2010 och är idag de mest aktuella (Svenska rådet för hjärt- och lungräddning, 2017). Riktlinjerna rekommenderar att HLR utförs enligt följande: bröstkompressioner med ett djup på fem till sex centimeter, en frekvens på 100 till 120 kompressioner per minut samt ventilationsinblåsningar i ungefär en sekund. Förhållandet mellan bröstkompressioner samt inblåsningar skall vara 30:2 (Monsieurs et al., 2015).

Södersved-Källestedt (2011) visar i sin studie att bröstkompressioner är den mest avgörande insatsen för patientens överlevnad då syrehalten i blodet kvarstår på en relativt hög nivå efter att hjärtat har slutat slå. Ventilation i form av inblåsningar är således inte prioritet vid ett hjärtstopp (Södersved-Källestedt, 2011). HLR utförs i samband med att en defibrillator kopplas på (Svenska rådet för hjärt- och lungräddning, 2019). Lee & Low (2010) förklarar att defibrillatorn framkallar en strömstöt via elektroder som fästs på bröstet och bryter således rytmrubbningen vilket resulterar i att hjärtat återfår dess normala sinusrytm. Tiden innan defibrillering påbörjas är avgörande för patientens överlevnad (Lee & Low, 2010). Svenska rådet för hjärt- och lungräddning (2019) belyser att det är av stor vikt att behandlingen initieras så fort misstanke eller konstaterande av hjärtstopp bekräftats då varje minut utan HLR minskar risken att överleva med 10%. Nord (2017) visar att snabbt påbörjad HLR kan öka chansen till överlevnad med två till fyra gånger samt att användning av defibrillator inom tre till fyra minuter efter hjärtstoppet kan öka överlevnadschansen upp till 50-70%.

Hjärtstopp på sjukhus

Personer som vistas på sjukhus och drabbas av ett plötsligt oväntat hjärtstopp bör ges en snabb och optimal behandling enligt svenska HLR-rådets riktlinjer och Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (Svenska rådet för hjärt- och lungräddning 2019). Målet med hjärtstoppbehandlingen på sjukhus är ett snabbt larmande till akutteamet, start av HLR inom en minut, defibrillering inom tre minuter vid ventrikelflimmer eller ventrikeltakykardi samt uppföljning av utförd HLR (Svenska rådet för hjärt- och lungräddning 2019). Strömsöe (2013) förklarar att processen kallas för "Chain Of Survival" och om processen fullföljs enligt riktlinjerna ökar överlevnadschansen markant. För att överlevnad ska kunna nås med hjälp av HLR krävs det utbildad och kompetent personal, en välfungerande larmorganisation samt lättillgänglig akututrustning (Strömsöe, 2013). HLR och defibrillering bör initieras på samtliga patienter med hjärtstopp såvida patienten inte har ett ställningstagande om att HLR inte bör påbörjas dokumenterat av en läkare (Svenska läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening & Svenska rådet för hjärt- och lungräddning, 2013).

Det bör finnas en larmorganisation på sjukhuset för akuta medicinska tillstånd som till exempel hjärtstopp (Svenska Rådet för Hjärt- och Lungräddning, 2017). Sjukvårdspersonalen som befinner sig på sjukhus och tillkallas vid hjärtstopp på avdelningar benämns som en larmgrupp. Namnet på gruppen och dess sammansättning kan variera men vanliga namn är larmgrupp, akutgrupp eller specialistteam. Hur larmgruppen tillkallas bör vara välkänt och etablerat hos all personal då fördröjning i att påbörja behandling minskar patientens chans till överlevnad. Akututrustning rekommenderas att finnas lättillgänglig, olåst samt transportabel och all personal bör veta vart utrustningen befinner sig för att kunna effektivisera HLR vid hjärtstopp. Innehållet i akututrustningen kan skilja sig åt mellan olika sjukhus men förslag på innehåll är defibrillator, HLR-bräda, andningshjälpmedel, svalgtuber, syrgasutrustning, läkemedel och sugutrustning (Svenska Rådet för Hjärt- och Lungräddning, 2017).

Sjuksköterskors profession och ansvar

Vårdande och omvårdnad är sjuksköterskors främsta uppgifter (Söderlund, 2017). Vårdandet har en relation till begrepp som hälsa, lidande, sjukdom samt patient och har således en större mening än botandet av sjukdom (Söderlund, 2017). Den professionella skyldigheten sjuksköterskor har innefattar ansvar för sjuksköterskors egna handlande samt ett ansvar för

andra människor (Sandman & Kjällström, 2013). Yrkesutövandet kräver olika handlingar i samverkan och sjuksköterskor har ansvar för samtliga handlingar hen gör samt utesluter att göra (Sandman & Kjällström, 2013). Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) innebär att sjuksköterskor skall arbeta vetenskapligt och med beprövad erfarenhet. Vården ska ges omsorgsfullt och i största möjliga mån i samråd med patienten. Sjuksköterskor bär ett ansvar över hens arbetsuppgifter och att samtliga utförs inom ramen för en god och säker vård (Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659).

Sjuksköterskor är den yrkesgrupp på sjukhus som oftast upptäcker patienter med hjärtstopp och är därför de som först initierar HLR (Pettersen et al., 2018) och ett plötsligt hjärtstopp är en stressfull situation för alla närvarande (Smekal, 2013). Följaktligen behöver sjuksköterskors kompetens kring HLR vara uppdaterad och aktuell för att vården ska kunna utföras patientsäkert (Svenska rådet för hjärt- och lungräddning, 2017).

Hamilton (2005) beskriver att praktiska färdigheter tycks minska i högre grad än teoretisk kunskap. Sjuksköterskor som utför regelbunden HLR-utbildning presterar bättre kompressioner, ventilation samt placering av händer vilket således resulterar i större chans för patientens överlevnad (Pettersen et al., 2018). Cranley et al. (2012) visar att sjuksköterskor upplevde en osäkerhet kring HLR till följd av bristande praktisk träning samt en bristande erfarenhet av hjärtstopp. Målet med utbildning av HLR på sjukhus är att all vårdpersonal som har någon typ av patientkontakt tränar HLR var sjätte månad, dock minst en gång per år (Svenska rådet för Hjärt- och Lungräddning, 2017). Wagner (2015) visar att hjärtstopp upplevdes som stressfullt och att regelbunden HLR-utbildning således kunde leda till att sjuksköterskor kände sig förberedda inför återupplivningsförsök.

Syfte

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter i samband med hjärt- och lungräddning.

Metod

Studien genomfördes som en icke-systematisk litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar med kvalitativ inriktning. En litteraturstudie är ett bra arbetssätt för att samla in redan befintlig kunskap för att sedan ha användning av detta i praktiken (Kristensson, 2014).

Litteraturstudier innebär att redan befintlig kunskap och forskning sammanställs och kan leda till större tillgänglighet. Studien har inriktat sig på att utgå ifrån en induktiv ansats. En induktiv ansats innebär att studien har en frågeställning som går från delarna till helheten (Kristensson, 2014).

Urval

I en litteraturstudie utgörs data av olika typer av litterära dokument (Friberg, 2017).

Studiens syfte grundade sig i omvårdnad och följaktligen ansågs medicinska samt omvårdnadsdatabaser vara av hög relevans. PubMed innehåller medicinsk vetenskaplig litteratur och CINAHL är en omvårdnadsvetenskaplig databas (Kristensson, 2014) och därför användes de som databaser för litteratursökningen.

De vetenskapliga artiklarna som inkluderades innehöll sökorden sjuksköterska, sjuksköterskors attityder, HLR och hjärtstopp. De artiklar som omfattade erfarenheter av HLR på barn samt studier som fokuserade på familjens närvaro under HLR exkluderades. I databassökningen inkluderades endast studier som var publicerade på svenska eller engelska samt publicerade mellan 1990 och 2019.

En kvalitativ metod har som yttersta mål att bidra till ökad förståelse genom att exempelvis undersöka vad lidande innebär, sjuksköterskors upplevelser eller erfarenheter (Friberg, 2017). Således inkluderades endast kvalitativa artiklar som vetenskaplig litteratur till resultatet i denna studie med undantag av en artikel som hade både kvalitativ och kvantitativ metod men där endast den kvalitativa delen användes.

Datainsamling

En systematisk sökning gjordes i PubMed samt CINAHL med hjälp av sökord i fritext samt MeSH-termer och Subject Headings. Sökorden kombinerades med booleska operatorer som OR, AND och NOT. Boolesk söklogik används för att bestämma vilket samband de utvalda sökorden bör ha till varandra (Friberg, 2017). Operatoren AND användes för att inkludera flera olika ord i samma sökning, OR användes för att inte specificera ett specifikt sökord ifall det fanns synonymer till detta. Slutligen tillämpades NOT för att exkludera en del studier som inte ansågs relevanta för studiens syfte (Friberg, 2017).

Sökorden som användes i Pubmed (se tabell 1) var “Nurses attitudes” (fritext) OR “Nurse’s Role” [MeSH] OR “Nurses” [MeSH] OR “Emergency service, Hospital [MeSH] Nurses (fritext)” AND “Cardiopulmonary resuscitation” [MeSH] OR “Heart Arrest” [MeSH] NOT “Child OR Children OR Teenager OR Teenagers OR Adolescents” (fritext) NOT “Family” (fritext). I CINAHL (se tabell 2) gjordes en liknande sökning men Subject Headings användes istället för MeSH termer. De olikheter som fanns i sökningarna var att “Emergency service, Hospital [MeSH] Nurses (fritext)” saknades i sökningarna i CINAHL samt att blocket med “NOT “Child OR Children OR Teenager OR Teenagers OR Adolescents”” valdes bort i sökningarna. Istället valde författarna att lägga in filtarna “All adult, Adult: 19-44 years, Middle aged: 45-64 years, Aged: 65+ years och Aged 80 & over” och på så sätt exkludera studier med fokus på barn.

Samtliga titlar i sökresultatet lästes av författarna för att finna relevanta studier i förhållande till syftet där abstraktet sedan lästes. Slutligen lästes de studier som bedömdes vara av hög relevans i fulltext. Efter sökningarna i databaserna Pubmed och Cinahl bedömdes det att mer material krävdes och därför användes snowballing gällande en vetenskaplig studie.

Kristensson (2014) beskriver att snowballing innebär att författaren hittar ny litteratur med hjälp av artiklars referenslistor.

Materialet analyserades och granskades efter Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2017) granskningsmall för kvalitativa studier för att bedöma de vetenskapliga artiklarnas kvalitet. De kriterier som användes för att bedöma den vetenskapliga tillförlitligheten baserades på SBU:s kvalitetsbedömning. Enligt SBU:s handbok ska de vetenskapliga artiklarna ha hög läsförståelse samt ha en logisk struktur (SBU, 2017). För en

hög kvalitet bör forskarna motiverat varför de valt att använda sig av en kvalitativ metod för att generera och analysera data samt varför en specifik kvalitativ ansats valdes. Andra bedömningskriterier är att frågeställningen ska vara väldefinierad, urval och kontext bör vara relevant och tydligt beskrivna och metoden ska vara grundligt redovisad. Data och resultat ska vara relaterat till varandra, hur analysprocessen gick till samt om det fanns en teoretisk anknytning. Resultatet bör beskrivas begripligt och logiskt samt att forskaren bör argumentera för resultatets överförbarhet i relation till överförbarhet och kontext (SBU, 2017). SBU:s granskningsmall användes för att underlätta granskningsprocessen och bedöma om de vetenskapliga artiklarna hade en hög, medelhög eller låg kvalitet. Endast vetenskapliga artiklar med hög eller medelhög kvalitet inkluderades i studien (se bilaga 1).

Tabell 1. Resultat efter sökning i PubMed.

| Databas Pubmed | Sökord | Antal träffar | Lästa abstrakts | Lästa i fulltext | Granskade | Inkluderade i resultatet |
|-------------------|--|------------------|--------------------|---------------------|-----------|-----------------------------|
| #1 | Nurse's Role (MeSH) OR Nurses attitudes (fritext) OR Emergency service, Hospital (Mesh) Nurses OR Nurses (MeSH) | 128542 | | | | |
| #2 | Cardiopulmonary Resuscitation (MeSH) OR Heart Arrest (MeSH) | 53592 | | | | |
| #3 | Child or Children or Teenager or Teenagers or Adolescents (fritext) | 3469738 | | | | |
| #4 | Family (fritext) | 60993 | | | | |
| #5 | #1 AND #2 NOT #3 NOT #4 med sök begränsningar | 332 | 53 | 13 | 8 | 7 |

Begränsningar: Engelska, svenska, 1990-2019. Sökdatum: 191121

Tabell 2. Resultat efter sökning i CINAHL.

| Databas Cinahl | Sökord | Antal träffar | Lästa abstrakts | Lästa i fulltext | Varav Dubletter | Granskade | Inkluderade i resultatet |
|-------------------|---|------------------|--------------------|---------------------|--------------------|-----------|-----------------------------|
| #1 | Nursing role (Subject headings) OR Nurses (Subject headings) OR Nurse Attitudes (Subject headings) | 262600 | | | | | |
| #2 | Heart Arrest (Subject headings) OR Cardiopulmonary resuscitation (Subject headings) | 25897 | | | | | |
| #3 | Family | 290500 | | | | | |
| #4 | #1 AND #2 NOT #3 med sökbegränsningar | 126 | 23 | 9 | 4 | 2 | 2 |

Begränsningar: Engelska, svenska, 1990-2019, Academic Journals, All adult, Adult: 19-44 years, Middle aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, Aged, 80 & over.

Sökdatum: 191121.

Dubletter från sökning i Pubmed inkluderades ej i granskning och resultat.

Data analys

Analysarbetet beskrivs som en rörelse från helheten till delarna och därifrån till en ny helhet (Friberg, 2017). Analysprocessen genomfördes som en integrerad analys vilket innebär att analysen görs i steg (Kristensson, 2014). Analysprocessen inleddes med att författarna sökte förståelse för studiernas fokus och resultat. Detta gjordes genom att författarna läste igenom studiernas resultat ett flertal gånger med fokus på att bilda en korrekt helhetsuppfattning. Friberg (2017) menar att det är av stor vikt att fokusera på resultaten vid dataanalysen för att sedan ta ställning till vad som är relevant för studiens syfte.

Reduktion av studiens syfte, metod och resultat är det andra steget enligt Friberg (2017). Författarna överblickade resultaten genom en schematisk översikt för att få en tydlig bild av vad som sammanställts. Det är ett systematiskt sätt för att få en struktur på materialet som valts att analyseras (Friberg, 2017).

Likheter respektive skillnader i de tio valda artiklarnas resultatdel identifierades. Att kategorisera studiernas resultat, tillvägagångssätt samt syfte görs för att få en linjär och exakt jämförelse (Friberg, 2017). Således kategoriserades innehållet i lämpliga huvud- samt subkategorier som bidrog till tydlighet och förståelse om området för läsaren.

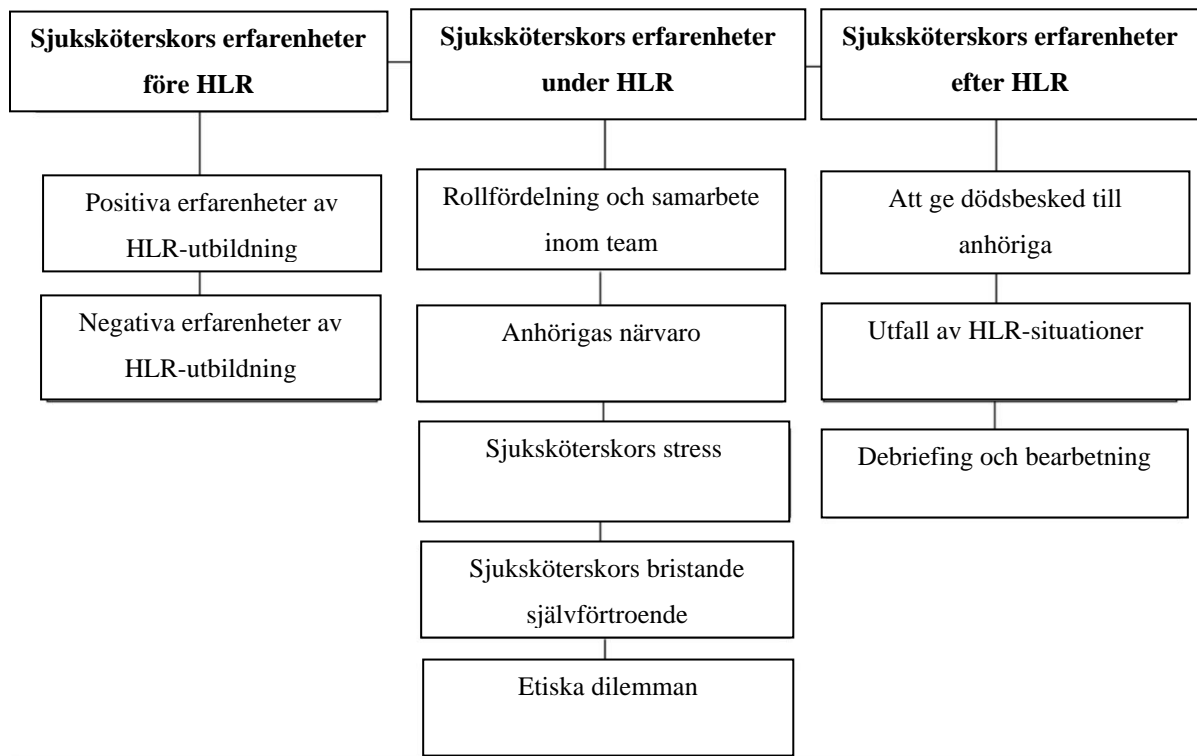
Forskningsetiska avvägningar

Forskningsetiken finns till för att värna om personers grundläggande värden och rättigheter (Sandman & Kjällström, 2013). Uppsatsarbetet bör genomgående genomföras med etiska hänsynstaganden och reflektion. Studier genomförs för att människor vill skapa en förståelse och få kunskap om olika fenomen, till exempel om sjuksköterskors erfarenheter av HLR och en central del är att alltid bemöta människor med respekt. Forskningsetik är viktigt för att värna om forskningens anseende och allmänhetens förtroende för högskoleutbildning samt forskning (Sandman & Kjällström, 2013).

Forskningsetiken i Sverige styrs idag av två lagar (Sandman & Kjällström, 2013): Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) och Personuppgiftslagen (SFS 2018:218). Lagarna avser att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning. Etikprövningslagen ställer krav på att en viss sorts forskning måste prövas inom en av etikprövningsnämnderna. Dock gäller detta inte studier som genomförs inom ramen för högskolestudier (Sandman & Kjällström, 2013) vilket denna studien inkluderas som. Författarna var konsekventa vid litteratursökningen gällande artiklar med bristande forskningsetiska avväganden alternativt artiklar som inte hade blivit etiskt granskade. Endast artiklar som ansågs uppfylla de forskningsetiska kraven inkluderades i studien. Dessutom hade författarna ingen direktkontakt med människor vilket ledde till att forskningsetiska avväganden inte genomfördes baserat på de forskningsetiska lagarna Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) samt Personuppgiftslagen (SFS 2018:218).

Resultat

Resultatet baserades på tio vetenskapliga artiklar som svarade till litteraturstudiens syfte och som genom en analys bildade tre huvudkategorier och tio subkategorier (se figur 1). HLR upplevdes som en stressfull och påfrestande process innan, under och efter hjärtstopp. Orsaker till de negativa känslorna var otydlig rollfördelning, att behöva ge dödsbesked till anhöriga vid ett misslyckat HLR-försök, upplevelser av stress och kaos samt att de inte kände sig tillräckligt förberedda inför HLR-processen vid utebliven HLR-utbildning. Uteblivna och fördröjda 0-HLR beslut hos äldre samt svårt sjuka patienter påverkade också sjuksköterskors känslor negativt. Oavsett orsak erfor sjuksköterskor hela HLR-situationen som kaotisk, svår, frustrerande, obehaglig och upplevde därför ett behov av debriefing efter HLR.



Figur 1. Resultatets tre huvudkategorier och tio subkategorier.

Sjuksköterskors erfarenheter före HLR

Sjuksköterskors upplevelser av HLR-situationer påverkades om HLR-utbildning genomförts och i så fall när utbildningen genomfördes. Resultatet framhöll delade meningar angående utbildningen och resulterade i två subkategorier; positiva erfarenheter av HLR-utbildning samt negativa erfarenheter av HLR-utbildning.

Positiva erfarenheter av HLR-utbildning

Systematisk och regelbunden utbildning av HLR påvisades leda till att sjuksköterskors utförande och självförtroende vid HLR utvecklades positivt och fick sjuksköterskor att känna sig förberedda för verkliga HLR-situationer (Crunden, 1991; Hui, Low & Lee, 2011; Larsson & Engström, 2013; Lee & Cha, 2018; Sjöberg, Schönning & Salzman-Erikson, 2015). Att kontinuerligt träna HLR visades vara ett effektivt sätt att upprätthålla kunskap, korrekta riktlinjer kring HLR och väletablerade rutiner (Crunden, 1991; Hui et al., 2011; Sjöberg et al., 2015). Vid deltagande av HLR-utbildning upplevdes det att misstag kunde begås, vilket gav möjlighet att lära sig av dessa då det inte finns plats för misstag i verkligheten. Sjuksköterskor utvecklades i deras roll och kompetens samt fick processens moment bekräftade. Kunskapen från utbildningarna ledde följaktligen till minskat kaos och förvirring i samband med akuta situationer (Crunden, 1991; Hui et al., 2011; Sjöberg et al., 2015).

Regelbunden träning ledde till att sjuksköterskor kände sig förberedda inför HLR och upplevde en minskad stressnivå inför verkliga situationer (Hui et al., 2011; Sjöberg et al., 2015). Sjuksköterskor upplevde många utbildningstillfällen som repetitivt men i slutändan ansågs utbildning vara positivt. Långa perioder utan utbildning kunde leda till minskad kunskap inom HLR samt minskat självförtroende hos sjuksköterskor (Crunden, 1991; Hui et al., 2011; Larsson & Engström, 2013).

Under utbildning ansåg sjuksköterskor att övningar skulle vara verklighetsbaserade för att det skulle vara överförbart till verkliga hjärtstopp (Larsson & Engström, 2013; Ransé & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015). Verklighetsbaserad utbildning gav sjuksköterskor en trygghet i sig själva inför HLR-situationer samt genererade i ett bättre samarbete med kollegor.

Träningstillfällen visades vara ett forum för att diskutera upplevelser från verkliga HLR

situationer med kollegor, vilket resulterade i att sjuksköterskor upplevde en positiv känsla inför HLR (Larsson & Engström, 2013; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015).

Negativa erfarenheter av HLR-utbildning

Det fanns skillnader mellan utbildning av HLR och verkliga situationer då utbildningstillfällen upplevdes som annorlunda från hur verkligheten såg ut (Crunden, 1991; Page & Meerabeau, 1996). Kliniska tecken som lärdes ut under utbildning stämde inte överens med verkliga situationer och utbildningstillfällen upplevdes därför som negativa. Andra skillnader mellan verklighet och utbildning gällande HLR var utförandet och rutiner samt att sjuksköterskor kände sig som studenter vid deltagande av utbildning vilket genererade i en negativ upplevelse. Sjuksköterskor visades ha låg disciplin och nöjde sig med den kunskap de redan hade vilket resulterade i negativa attityder gentemot utbildning i HLR (Crunden, 1991; Page & Meerabeau, 1996). Ångesten som HLR-situationer medförde visades inte minska till följd av HLR-träning (Lee & Cha, 2018). Dessutom påvisades att sjuksköterskor kände ångest inför verkliga akuta situationer som gjorde att deras attityder inför utbildning och deras inlärningsförmåga påverkades negativt (Page & Meerabeau, 1996).

Sjuksköterskors erfarenheter under HLR

Under HLR fanns ett flertal faktorer som sjuksköterskor kunde uppleva som påfrestande och utmanande på grund av en otydlig rollfördelning, anhörigas närvaro, stress, bristande självförtroende samt etiska dilemman.

Rollfördelning och samarbete inom team

Vid ett hjärtstopp var det initialt sjuksköterskors ansvar att snabbt ta ledningen, påbörja HLR samt få ordning på situationen och sjuksköterskor kände kontroll fram till att akutteam kom (Crunden, 1991; Hui et al, 2011; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015). När akutteam anlände till patienten med hjärtstopp upplevde sjuksköterskor att de förväntades dra sig undan och istället för att fortsatt leda situationen och vara en del av teamet kände sjuksköterskor sig som assistenter åt läkare. Upplevelser av kaos i rummet visades och sjuksköterskor kände att de inte längre hade en inverkan på utfallet av situationen när akutteam anlant samt att

samarbete upplevdes svårt att tillämpa (Crunden, 1991; Hui et al., 2011; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015). Osäkerhet angående vilken roll sjuksköterskor skulle ta, vilka deras ansvarsområden var och vilka kunskapskrav som fanns gällande HLR-situationer upplevdes som otydliga (Crunden, 1991). Sjuksköterskor med mindre erfarenhet av hjärtstopp upplevde att de fick ta ett flertal roller som ingen annan tog (Hui et al., 2011; Pups, Weyker & Rodgers, 1997; Ranse & Arbon, 2008). Dessutom upplevde sjuksköterskor med mindre erfarenhet att de kände sig i vägen vilket resulterade i ovisshet och aktivt undvikande av situationen (Hui et al., 2011; Pups et al., 1997; Ranse & Arbon, 2008).

När läkare inte tog ansvar avseende beslut om 0-HLR hos de äldre och kritiskt sjuka patienterna kände sjuksköterskor att de blev tvungna att ta utökat ansvar vilket resulterade i en otydlig rollfördelning (Sævareid & Balandin, 2011). HLR-situationer uppfattades som emotionellt påfrestande och således var personer i processen känslomässigt labila och följaktligen påvisades det att sjuksköterskor upplevde en aggressiv och nedlåtande ton inom teamet (Larsson & Engström, 2013; Lee & Cha, 2018). Således påverkades samarbetet inom team negativt vilket ledde till att utförandet av HLR blev försämrat (Larsson & Engström, 2013; Lee & Cha, 2018). En tydlig och välfungerande kommunikation inom team förbättrade samarbete (Larsson & Engström, 2013; Pups et al., 1997; Sjöberg et al., 2015). Känslor av kaos uteblev om en tydlig rollfördelning inom teamet tillämpades samt att antalet personer som deltog i räddningsprocessen var optimalt (Lee & Cha, 2018; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015). En tydlig ledare och ett välfungerande samarbete inom team gjorde att stressnivån var behärskad och arbetet gick effektivt (Lee & Cha, 2018; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015).

Anhörigas närvaro

Å ena sidan kunde anhörigas närvaro vid HLR upplevas som positivt då de fick möjligheten att se att sjuksköterskor gjorde allt de kunde för att rädda patientens liv (Fernández et al., 2017; Larsson & Engström, 2013). Detta visade sig leda till en mer detaljerad bild av vad som hände under HLR-situationen för anhöriga vilket upplevdes som underlättande för sjuksköterskor (Fernández et al., 2017; Larsson & Engström, 2013). Å andra sidan kunde anhörigas närvaro leda till att sjuksköterskor inte kunde fokusera på patienten vilket upplevdes negativt (Fernández et al., 2017; Larsson & Engström, 2013; Lee & Cha, 2018; Pups et al., 1997). Orsaken till det störda arbetet var anhöriga som ville hjälpa till med

återupplivningsförsök samtidigt som de behövde stöd och information vilket visades vara krävande av sjuksköterskor. Revbensfrakturer kunde uppstå vid HLR och detta kunde upplevas som traumatiskt för anhöriga vilket belastade sjuksköterskor då de kände ansvar att bekräfta och stötta dem (Fernández et al., 2017; Larsson & Engström, 2013; Lee & Cha, 2018; Pups et al., 1997).

Sjuksköterskors stress

Vid hjärtstopp hos patienter aktiverades det sympatiska nervsystemet med ett ökat adrenalinpåslag hos sjuksköterskor vilket ledde till stress och en känsla av att vilja fly (Ranse & Arbon, 2008). HLR-situationer upplevdes som stressfulla, skrämmande och frustrerande oberoende av erfarenhet och utbildning (Fernández et al., 2017; Lee & Cha, 2018; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015).

Orsaker till stresspåslag hos sjuksköterskor var att inte ha full kontroll på var utrustning och material fanns, personalbrist eller om hjärtstopp inträffade under natten då det var brist på läkare och annan personal (Hui et al., 2011; Lee & Cha, 2018; Pups et al., 1997; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015). Att hantera och administrera läkemedel var ytterligare ett stressframkallande moment då sjuksköterskor var rädda att göra fel. Situationen kunde upplevas som kaotisk om de hade bristande erfarenhet kring akuta läkemedel och således kunde patienter skadas genom felaktig läkemedelsadministrering (Hui et al., 2011; Lee & Cha, 2018; Pups et al., 1997; Ranse & Arbon 2008; Sjöberg et al., 2015). Stresspåslag för sjuksköterskor under HLR kunde också orsakas av att tvingas utföra HLR på patienter som var äldre eller kritiskt sjuka (Sævareid & Balandin, 2011) och att ha bristande information om patienten och hens sjukdomshistoria (Lee & Cha, 2018; Pups et al., 1997).

Flera studier visade att sjuksköterskor lyckades utföra sitt arbete med lämpliga prioriteringar trots ett ökat adrenalinpåslag (Pups et al., 1997; Sjöberg et al., 2015). Page & Meerabeau (1996) påvisade dock motsatsen, att stresspåslaget ledde till en hämmande förmåga att agera korrekt och att sjuksköterskors inläring under situationen påverkades negativt. Stress och ångest som uppstod under HLR påverkade sjuksköterskors kognitiva förmåga negativt vilket ledde till ett ineffektivt arbete (Page & Meerabeau, 1996). HLR-situationerna var traumatiska och stressfulla vilket hade en direkt påverkan på sjuksköterskors känslor på arbetet men även utanför deras profession (Fernández et al., 2017).

Sjuksköterskors självförtroende

Självförtroende saknades och sjuksköterskor var rädda för att göra misstag vilket resulterade i en tvekan att utföra specifika moment under HLR (Hui et al., 2011; Ranse & Arbon, 2008). Under pågående hjärtstopp visades sjuksköterskors självförtroende som bristande ifall de inte haft regelbunden HLR-utbildning. Sjuksköterskor med mindre erfarenhet valde att undvika HLR om möjligheten fanns då de tvivlade på sin egen förmåga. Uteblivet deltagande av HLR-situationen garanterade att inga misstag kunde göras av sjuksköterskor samt att eventuella misslyckanden inte kunde bli deras ansvar (Hui et al., 2011; Ranse & Arbon, 2008).

När sjuksköterskor upplevde att de hade bristande kunskaper i HLR skämdes de över sin prestation under utförandet och kände sig misslyckade (Crunden, 1991). Erfarenheter av att utföra HLR utvecklade sjuksköterskors självförtroende vilket resulterade i förbättrade prestationer under HLR (Crunden, 1991). Lee & Cha (2018) visade att sjuksköterskor upplevde ett bristande självförtroende när de behövde genomföra saker de inte gjort tidigare. När sjuksköterskor hade ett bra självförtroende kunde HLR-situationen hanteras lugnt och välkontrollerat (Pups et al., 1997).

Etiska dilemman

Om en patient förväntas avlida inom en snar framtid kan läkare ta beslut om 0-HLR som innebär att hälso- och sjukvårdspersonal inte ska utföra HLR på patienten om hjärtstopp inträffar (Sævareid & Balandin, 2011). Sjuksköterskor upplevde det som betydande att läkare diskuterade med patienter om 0-HLR-beslut för att de skulle få uttrycka sin vilja. Sådana diskussioner hölls sällan med de äldre eller svårt sjuka patienterna, som var den patientgrupp som var aktuell för 0-HLR-beslut. Etiska svårigheter upplevdes hos sjuksköterskor då det kändes fel att utföra HLR på en patient där 0-HLR-beslut försumrats (Sævareid & Balandin, 2011). Sjuksköterskor upplevdes bli emotionellt påverkade av att behöva utföra HLR på dessa patienter då de ansåg att det var ett ovärdigt sätt att dö på eftersom HLR-situationen var kaotisk (Lee & Cha, 2018; Page & Meerabeau, 1996; Pups et al., 1997; Sævareid & Balandin, 2011). En förtvivlan uppstod hos sjuksköterskor då HLR ofta gjorde mer skada än nytta vid överlevnad hos äldre och svårt sjuka patienter (Pups et al., 1997; Sævareid & Balandin, 2011).

Att utföra HLR på patienter som fått hjärtstopp till följd av självmordsförsök upplevdes som etiskt problematiskt för sjuksköterskor då det var motstridande för patienters autonomi och egna vilja. Denna etiska problematik hade en stressig och deprimerande inverkan på sjuksköterskor, deras välmående och jobbsituation (Lee & Cha, 2018; Page & Meerabeau, 1996; Pups et al., 1997; Sævareid & Balandin, 2011).

Sjuksköterskors erfarenheter efter HLR

Tiden efter HLR upplevde sjuksköterskor som svår och deprimerande. Anhörigas reaktioner efter utförd HLR och att behöva ge dödsbesked påverkade sjuksköterskor emotionellt negativt. Beroende på hur utfallet blev för patienten samt hur mycket debriefing sjuksköterskor deltog i efter HLR påverkade deras psykiska hälsa. Efter HLR-situationer kunde sjuksköterskor bearbeta det som inträffade på flera olika sätt, reflektion var ett av dem. Subkategorier som skapades var att ge dödsbesked till anhöriga, utfall av HLR-situationer samt debriefing och bearbetning.

Att ge dödsbesked till anhöriga

Ifall HLR misslyckades och patienten avled behövde anhöriga kontaktas för besked och det upplevdes som känslomässigt jobbigt för sjuksköterskor (Fernández et al., 2017; Lee & Cha, 2018; Pups et al., 1997). Sjuksköterskor upplevde att de var oförberedda på att behöva meddela dödsbesked och kände att de saknade utbildning för situationen och de kämpade med att inte visa sina egna känslor framför anhöriga (Fernández et al., 2017; Lee & Cha, 2018). När sjuksköterskor var trygga i att ge besked om dödsfall berodde det på deras tidigare erfarenheter av att meddela anhöriga (Fernández et al., 2017). Hur anhöriga tog beskedet om den avlidne påverkade sjuksköterskor därefter (Fernández et al., 2017). Sjuksköterskor kände sig nedstämda av att inte kunna ge tillräckligt med stöd till familjen utan var tvungna att återgå till de andra patienterna direkt (Lee & Cha, 2018; Pups et al., 1997).

Utfall av HLR-situationer

Beroende på hur utfallet blev för patienten som drabbats av hjärtstopp påverkades sjuksköterskors erfarenheter av HLR-situationen (Crunden, 1991; Fernández et al., 2017; Hui

et al., 2011; Pups et al., 1997). Om patienten avled till följd av hjärtstopp påverkades sjuksköterskor negativt och upplevde sorg och hjälplöshet. Dock framhölls det att sjuksköterskor kände lättnad ifall de hade gjort allt de kunnat för patienten och om HLR processen fungerade bra (Fernández et al., 2017; Pups et al., 1997).

På unga patienter tenderade sjuksköterskor att utföra HLR en längre tid än om patienterna var äldre (Crunden, 1991; Fernández et al., 2017; Lee & Cha, 2018; Pups et al., 1997; Sjöberg et al., 2015). Om unga patienter avled var det dessutom svårt att acceptera dödsfallet och avsluta HLR. Sjuksköterskor upplevde skuld när de inte lyckades rädda livet på unga patienter och påverkades negativt emotionellt. När utförd HLR resulterade i överlevnad hos patienter oavsett ålder kände sjuksköterskor sig värdiga, självsäkra och upplevde att de hade gjort ett viktigt och bra jobb samt att de utvecklades inom sin profession (Crunden, 1991; Fernández et al., 2017; Lee & Cha, 2018; Pups et al., 1997; Sjöberg et al., 2015).

Debriefing och bearbetning

HLR-situationer upplevdes som traumatiska och svåra, således använde sjuksköterskor olika strategier för att hantera det (Fernández et al., 2017; Larsson & Engström, 2013; Lee & Cha, 2018; Page & Meerabeau, 1996; Pups et al., 1997; Ranse & Arbon 2008; Sjöberg et al., 2015). Att ge varandra feedback, stöd och att reflektera med varandra efter en svår situation som exempelvis HLR, benämns som debriefing. Debriefing var ett positivt sätt att bearbeta HLR-situationer och det visades vara ett bra tillfälle att ge och ta emot beröm samt att få bekräftat att sjuksköterskor gjorde allt de kunde. Möjligheten att analysera vad som hänt ledde till mindre rädsla inför kommande hjärtstopp (Fernández et al., 2017; Larsson & Engström, 2013; Lee & Cha, 2018; Page & Meerabeau, 1996; Pups et al., 1997; Ranse & Arbon 2008; Sjöberg et al., 2015).

Debriefing ledde till att känslor som uppkommit efter HLR bearbetades direkt på arbetsplatsen och därmed minskade negativa upplevelser hos sjuksköterskor utanför professionen (Fernández et al., 2017; Larsson & Engström, 2013; Sjöberg et al., 2015). Sjuksköterskor ville inte delge upplevelser med sina familjer på grund av att de inte förstod samt att det var jobbigt för familjen att höra om sjuksköterskors upplevelser (Fernández et al.,

2017; Larsson & Engström, 2013; Sjöberg et al., 2015). Stöd från kollegor för att diskutera och hjälpa varandra i upplevelser var effektivt och hjälpsamt då kollegor kände empati och förståelse (Fernández et al., 2017; Larsson & Engström, 2013; Pups et al., 1997; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015).

Rutiner för debriefing på arbetsplatser saknades trots att HLR-situationer upplevdes som emotionellt påfrestande och svåra för sjuksköterskor (Fernández et al., 2017; Larsson & Engström, 2013; Lee & Cha, 2018; Sjöberg et al., 2015). Till följd av utebliven debriefing ansvarade sjuksköterskor själva för att bearbeta de psykiska reaktionerna efter HLR vilket kunde påverka livet utanför arbetet (Larsson & Engström, 2013; Sjöberg et al., 2015).

Erfarenheter av HLR utvecklade sjuksköterskor inom deras profession och således kunde erfarna sjuksköterskor bearbeta nya HLR-situationer bättre (Page & Meerabeau, 1996; Ranse & Arbon, 2008).

Copingstrategier tillämpades för att hantera det sjuksköterskor upplevde efter HLR för att lindra negativa känslor (Fernández et al., 2017; Lee & Cha, 2018; Page & Meerabeau, 1996). Strategier som användes vid efterarbete av HLR var att dricka alkohol, skratta åt situationen, meditera, gå promenader eller vara för sig själva (Fernández et al., 2017; Lee & Cha, 2018; Page & Meerabeau, 1996). Att direkt återgå till ett patientnära arbete efter en HLR-situation var svårt för sjuksköterskor då upplevelser av HLR framkallade känslor av hjälplöshet och skuld (Lee & Cha, 2018; Pups et al., 1997). För att kunna distansera sig och sedan fokusera på andra patienter efter en HLR-situation krävdes reflektion och bearbetning (Lee & Cha, 2018; Pups et al., 1997).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Litteratursökningen gjordes i både PubMed och CINAHL för att finna relevant forskning inom ämnet med utgångspunkt från studiens syfte. Sökningen i PubMed resulterade i sju artiklar medan sökningen i CINAHL endast genererade två nya artiklar vilket säkerställde att inga artiklar som svarade på studiens syfte missades. De söktermer som användes i sökningen var främst nyckelord i enlighet med studiens syfte och ett flertal sökningar med andra söktermer

och kombinationer gjordes i ett omfattande sökningsarbete. Forskningen kring sjuksköterskors erfarenheter av HLR visades endast omfatta ett fåtal artiklar som matchade studiens syfte i sökningen vilket försvårade datainsamlingen. För att inte begränsas av detta inkluderades sjuksköterskor i olika kontexter. Till en början söktes artiklar inom tidsintervallet tio år men då detta begränsade sökningen anmärkningsvärt valdes tidsspannet 1990 till 2019. Eftersom erfarenheterna av HLR inte ändrats drastiskt påverkade detta inte resultatet. Endast kvalitativa artiklar inkluderas i litteraturstudien då syftet var att undersöka upplevelser vilket bäst kunde belysas genom kvalitativa forskning. Polit och Beck (2017) bekräftar lämpligheten angående användning av kvalitativa artiklar då deltagarna i studiernas egna subjektiva upplevelser framkommer. Kvalitativa artiklar består ofta av ett litet antal deltagare men det ges möjlighet till djupgående intervjuer vilket bidrar till en mer utvecklad beskrivning av upplevelser som framkommer (Polit & Beck, 2017). Kvalitativa artiklars resultat kan därför vara svåra att överföra till andra kontexter men användes för att kunna besvara studiens syfte. Författarna fann slutligen tio artiklar som var bäst lämpade för att svara på sjuksköterskors erfarenheter av HLR vilket bedömdes vara en tillräcklig mängd för skapande av resultat.

Tillförlitligheten i en litteraturstudie kan vara svår att avgöra då läsare inte kan avgöra om författarna granskat all väsentlig litteratur och samlat in data på korrekt sätt (Polit & Beck, 2017). För att öka trovärdigheten kvalitetsgranskades samtliga valda artiklar för att säkerställa en hög kvalitet med vetenskaplig utgångspunkt (SBU, 2017). Således inkluderades endast artiklar med hög eller medelhög kvalitet i studiens resultat. En integrerad analys användes för att sammanställa resultatet för att försäkra att ingen information blivit utelämnad (Kristensson, 2014). Dessutom har samtliga steg i analysprocessen diskuterats mellan författarna vilket stärker analysen och därmed studiens trovärdighet. Artiklar från olika kontexter och olika länder användes i resultatet vilket kan ha gjort att trovärdigheten kan ha minskat då sjukvårdssystem ser olika ut i olika länder. Dock visades resultaten vara snarlika trots att forskningen genomförts i olika länder vilket resulterat i att överförbarheten till andra sammanhang kan ha ökat.

Endast artiklar skrivna på engelska har inkluderats i studien vilket innebär att annan relevant litteratur kan ha missats i litteratursökningen. Då artiklarna var skrivna på engelska har författarna översatt och tolkat vilket kan ha lett till feltolkningar samt att de kan ha gått miste om information (Dahlborg Lyckhage, 2006). Forskarens perspektiv och tidigare erfarenheter

inom ämnet kan påverka forskningens resultat (SBU, 2017). En viss förförståelse fanns då författarna genomgått HLR-utbildning på sjuksköterskeutbildningen men detta ansågs inte påverka resultatet i studien eftersom en medvetenhet kring detta har funnits genomgående hos författarna.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet visade att HLR-utbildning upplevdes som en gynnsam förberedelse inför verkliga hjärtstopp hos sjuksköterskor eftersom de emotionellt och praktiskt lärde sig hur de skulle agera. Utbildning som baserades på verkliga händelser upplevdes ge bäst förberedelse hos sjuksköterskor då det var överförbart till verkliga scenarion. Hamilton (2005) beskrev vikten av att HLR-utbildning efterliknande scenarion som inträffade vid verkliga hjärtstopp eftersom det ledde till att utbildningen inkluderade situationer som kunde uppstå i praktiken. Denna studiens resultat visade också att utbildning inom HLR bidrog till mindre känslor av kaos och förvirring samt en minskad stressnivå hos sjuksköterskor vid hjärtstopp. Liknande resultat uppkom i en studie av Banks & Trull (2012) som visade att sjuksköterskor som var delaktiga i HLR-situationer efter utbildning märkte en skillnad på minskat kaos och en ökad effektivitet av utförandet. Därför tolkas detta som att överlevnadschansen hos patienter som drabbas av hjärtstopp kan öka om sjuksköterskor arbetar problemlösande och effektivt vilket uppnås med hjälp av regelbunden utbildning inom HLR. På så sätt kan utbildningen generera i en positiv erfarenhet för sjuksköterskor. Denna studiens resultat visade också att utebliven HLR-utbildning hos sjuksköterskor påverkade utförandet samt erfarenheten av HLR negativt. Regelbunden utbildning av HLR är viktig eftersom kunskapen från utbildningar försvann efter tre till sex månader hos sjuksköterskor (Pettersen et al. 2018; Hamilton, 2005). Sullivan et al. (2015) bekräftade att utbildning var tredje månad förbättrade kunskaperna inom HLR men påvisade att utbildning oftare än så inte gav någon ytterligare positiv effekt. En mer regelbunden HLR-utbildning associerades dessutom med snabbare initiering i HLR-situationer av sjuksköterskor (Sullivan et al., 2015). Denna studiens resultat fann att sjuksköterskor upplevde en negativ påverkan på deras psykiska hälsa när de inte kände sig förberedda inför HLR-situationer och för att stressfulla situationer skulle kunna hanteras använde sjuksköterskor copingstrategier. Personer som hanterar orsaken till stressen, alltså stressorn, kan beskrivas som en del av probleminriktad coping (Lazarus & Folkman, 1984). Genom att definiera problemet, utarbeta lösningar, värdera handlingsalternativ för att slutligen fatta beslut och agera kan sjuksköterskor uppleva stressen hanterbar (Lazarus & Folkman,

1984). HLR-utbildning kan därför ses som en del i probleminriktad coping då sjuksköterskor upplevde att de var mer förberedda inför HLR-situationen, det vill säga stressorn, ifall de genomgått regelbunden HLR-utbildning. Således kan resultatet tolkas som att HLR-utbildning skedde mer sällan än vad forskning visade vara optimalt för sjuksköterskors psykiska hälsa i samband med HLR. Nödvändigheten med frekvent HLR-utbildning tillgodosågs sällan vilket bör uppmärksammas.

Denna studiens resultat visade sjuksköterskors påverkan av anhörigas närvaro vid återupplivningsförsök. Resultatet visade att sjuksköterskors känslor påverkades negativt av anhörigas närvaro då det skapades ännu en stressor i den redan allvarliga situationen. Monks & Flynn (2014) visade att utförandet av HLR krävde sjuksköterskors totala fokus och att dessutom ha bevittnande anhöriga kunde göra att sjuksköterskor upplevde situationen som negativ. Med anhörigas närvaro upplevdes situationer som ångestfyllda och svåra eftersom sjuksköterskor behövde vara omhändertagande för anhöriga samtidigt som de försökte rädda livet på patienten (Monks & Flynn, 2014). I denna studiens resultat visades vidare att sjuksköterskor kunde uppleva anhöriga som en stressor och behövde då ta till emotionell coping för att hantera situationen. Att distansera sig från problemet eller undvika och förminska händelsen kallas emotionellt inriktad coping (Lazarus & Folkman, 1984). Emotionellt inriktad coping fokuserar på emotionella delar som orsakar stress och personen arbetar då med att förändra upplevelsen istället för att hantera situationen (Lazarus & Folkman, 1984). Sjuksköterskor i denna studiens resultat fokuserade på att förändra upplevelsen av anhörigas närvaro till det positiva istället för att exkludera anhöriga från situationen. Då framkom det att anhörigas närvaro kunde upplevas som positiv av sjuksköterskor eftersom anhöriga fick en tröst i att se att sjuksköterskor gjorde allt de kunde för patienten. Känslor som kvarstod efter utförd HLR hos sjuksköterskor blev till följd av detta positiva. Ur ett anhörigperspektiv upplevdes det också som positivt att bevittna när deras familjemedlem utstod HLR och det ansågs vara en rättighet (Toronto & LaRocco 2018). Tennyson (2019) beskrev att om anhörigas autonomi respekterades kunde detta leda till en känslomässigt stöttande effekt för sjuksköterskor och dessutom upplevde anhöriga att deras närvaro gynnade både patienten och akutteamet (Tennyson, 2019). Detta kan tolkas som att sjuksköterskors upplevelser av anhörigas närvaro skiljer sig åt och ett flertal sjuksköterskor visades ha en felaktig bild kring anhörigas egna upplevelser av HLR. Således är respekt för anhörigas autonomi samt en tydlig och välfungerande kommunikation mellan sjuksköterskor och anhöriga av stor vikt.

Denna studiens resultat visade att sjuksköterskor kunde utvecklas inom sin profession och ta lärdom av händelser ifall bearbetning och debriefing användes efter HLR-situationer. I resultatet framkom det även att utebliven bearbetning kunde leda till att sjuksköterskor påverkades av negativa känslor. Cranley et al. (2012) beskrev att sjuksköterskors ifrågasättande av sig själva vid stressfulla situationer kunde minska med reflektion och bearbetning efter HLR. Denna studiens resultat visade dock att debriefingstillfällen var för få i relation till sjuksköterskors behov av bearbetning. McMeekin (2017) visade i sin studie att HLR-situationer kunde leda till att sjuksköterskor drabbades av PTSD om debriefing uteblev efteråt. Denna studiens resultat visade även att sjuksköterskor kunde hantera stressen de upplevde efter HLR-situationer genom att de drack alkohol, skrattade åt situationen eller försökte ignorera sina känslor. Detta kunde ses som emotionellt inriktad coping då sjuksköterskor försökte förändra upplevelsen istället för att hantera situationen (Lazarus & Folkman, 1984). McMeekin (2017) bekräftade att sjuksköterskor använde copingstrategier som förnekelse och emotionellt oengagemang för att hantera upplevelser och för att inte utveckla PTSD. Denna studiens resultat kan tolkas som att HLR-situationer var påfrestande för sjuksköterskor samt att de inte upplevde tillräckligt med stöd på arbetsplatsen vilket ledde till att de tilltog copingstrategier. Khpal & Coxwell Matthewman (2016) beskrev att sjuksköterskor ville ha debriefing i större utsträckning än vad det anordnades på deras arbetsplatser. Sjuksköterskor trodde att deras utförande av HLR skulle förbättras ifall de fick stöd och hjälp att bearbeta situationer efteråt men trots detta framkom det att sjuksköterskor sällan upplevt debriefing efter HLR-situationer (Khpal & Coxwell Matthewman, 2016). Denna studiens resultat visade att det fanns en skillnad mellan sjuksköterskors behov av bearbetning och den mängd debriefing som genomfördes på arbetsplatser.

Slutsats och kliniska implikationer

Denna studien visar att sjuksköterskor upplevde stolthet samt att de utvecklades inom sin roll och profession när HLR-situationer var välfungerade. Resultatet visar också sjuksköterskor upplevde HLR-situationer som ångestfyllda, traumatiska och påfrestande när återupplivningsförsök inte fungerade optimalt. Regelbunden HLR-utbildning, en tydlig rollfördelning och god kommunikation inom team under utförandet samt tid för bearbetning och stöd i form av debriefing efter HLR var aspekter som upplevdes resultera i positiva erfarenheter av HLR. Brister i sjuksköterskors arbetsmiljö innan, under och efter HLR har en negativ påverkan på sjuksköterskors psykiska reaktioner.

Denna studie skulle kunna bidra till en ökad förståelse för hur HLR-situationer kan upplevas av sjuksköterskor och därmed generera i nya strategier för att vårdpersonal ska kunna förbereda, genomföra och ta hand om känslor som uppkom efter HLR på bästa sätt. Slutligen är ytterligare forskning inom ämnet av stor vikt då sjuksköterskor oavsett arbetsplats kan behöva möta hjärtstopp samt initiera HLR och den nuvarande forskningen som finns är begränsad.

Författarnas arbetsfördelning

Båda författarna har varit delaktiga i studiens samtliga delmoment. Arbetet har genomgående skrivits tillsammans och författarna har delat på arbetsbördan.

Referenser

Banks, D., & Trull, K. (2012). PATIENT SAFETY. Optimizing patient resuscitation outcomes with simulation. *Nursing*, 42(3), 60–61.

<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000411419.36903.65>

Cranley, L. A., Doran, D. M., Tourangeau, A. E., Kushniruk, A., & Nagle, L. (2012). Recognizing and Responding to Uncertainty: A Grounded Theory of Nurses' Uncertainty.

Worldviews on Evidence-Based Nursing, 9(3), 149-158. <https://doi:10.1111/j.1741-6787.2011.00237.x>

Crunden EJ. (1991). An investigation into why qualified nurses inappropriately describe their own cardiopulmonary resuscitation skills. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 16(5), 597–605. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01696.x>

Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Att analyser diskurser. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* (s.125-138). Lund: Studentlitteratur.

Fernández, A., Pérez, U., Unanue, A., García, A. & Ballesteros, P. (2017). A qualitative study about experiences and emotions of emergency medical technicians and out-of-hospital emergency nurses after performing cardiopulmonary resuscitation resulting in death.

Enfermeria intensiva, 28(2), <https://doi:10.1016/j.enfi.2016.10.003>.

Friberg, F. (red.) (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Hamilton R. (2005). Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 51(3), 288–297. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2648.2005.03491.x)

[2648.2005.03491.x](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2648.2005.03491.x)

Henderson, V. (1991). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet.* (3. uppl.) Solna: Almqvist & Wiksell.

Herlitz, J. (2018). Hjärtstopp på sjukhus. Hämtad 2019-04-10 från <https://hlrr.se/ihca.html>

Herlitz, J. (2017). Årsrapport 2017. Hämtad 2019-04-12 från <https://registercentrum.blob.core.windows.net/shlrsjh/r/-rsrapport-2017-Sy1wvd12Z.pdf>

Hjärt-Lungfonden (2017). Plötsligt hjärtstopp. Hämtad 2019-04-11 från https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Hjartstopp_2017_lowres.pdf

Hui, G. C. M., Low, L. P. L., & Lee, I. S. F. (2011). ICU nurses' perceptions of potential constraints and anticipated support to practice defibrillation: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(4), 186–193. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.04.007>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Khpal, M. & Coxwell Matthewman, M. (2016). Cardiac arrest: a missed learned opportunity. *Postgraduate Medical Journal*, (92), 608-610. doi: 10.1136/postgradmedj-2016-134117

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Larsson, R., & Engström, Å. (2013). Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest. *International Journal of Nursing Practice* (John Wiley & Sons, Inc.), 19(2), 197–205. <https://doi.org/10.1111/ijn.12057>

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping* [Elektronisk]. New York: Springer.

- Lee, I., & Low, L. (2010). Nurses' role in the early defibrillation of cardiac patients: implications for nursing in Hong Kong. *Contemporary Nurse: A Journal for The Australian Nursing Profession*, 35(1), 88-94. doi:10.5172/conu.2010.35.1.088
- Lee, M., & Cha, C. (2018). Emergency department nurses' experience of performing CPR in South Korea. *International Emergency Nursing*, 38, 29-33.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.008>
- McMeekin, D. E. (2017). Stress and Coping of Critical Care Nurses After Unsuccessful Cardiopulmonary Resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 26(2), 128-135.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2017916>
- Monks, J., & Flynn, M. (2014). Care, compassion and competence in critical care: A qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitation. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(6), 353-359. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.04.006>
- Monsierus, K. G., Nolan, J. P., Bossaert, L. L., Greif, R., Maconochie, I., Nikolaou, N. I. & Zideman, D. A. (2015). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary*. *Resuscitation*, 95, 1-80.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>
- Nord, A. (2017). Bystander CPR: New aspects of CPR training among students and the importance of bystander education level on survival (Doktorsavhandling, Linköpings universitet, institutionen för medicin och hälsa). Från <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1153723/FULLTEXT01.pdf>
- Page S, & Meerabeau L. (1996). Nurses' accounts of cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 24(2), 317-325. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.18413.x>
- Patientsäkerhetslagen* (SFS 2010:659). Hämtad från Riksdagens webbplats:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Personuppgiftslagen (SFS 2018:218). Hämtad från Riksdagens webbplats:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2018218-med-kompletterande-bestammelser_sfs-2018-218

Pettersen, T. R., Mårtensson, J., Axelsson, Å., Jørgensen, M., Strömberg, A., Thompson, D. R., & Norekvål, T. M. (2018). European cardiovascular nurses' and allied professionals' knowledge and practical skills regarding cardiopulmonary resuscitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(4), 336–344. <https://doi.org/10.1177/1474515117745298>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017[2018]). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (9. ed.) Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer.

Preusch, MR., Bea, F., Roggenbach, J., Katus, HA., Jünger, J & Nikendei C. (2010). Resuscitation Guidelines 2005: does experienced nursing staff need training and how effective is it? *American Journal of Emergency Medicine*, 28(4), 477–484. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ajem.2009.01.040>

Pups GM, Weyker JD, & Rodgers BL. (1997). Nurses' reactions to participation in cardiopulmonary resuscitation on the nursing unit. *Clinical Nursing Research*, 6(1), 59–70. Retrieved from
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=ccm&AN=107317281&site=ehost-live>

Ranse J, & Arbon P. (2008). Graduate nurses' lived experience of in-hospital resuscitation: a hermeneutic phenomenological approach. *Australian Critical Care*, 21(1), 38–47. Retrieved from
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=ccm&AN=105546711&site=ehost-live>

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

SBU. (2017). *Vår metod: Granskningsmallar*. Hämtad: 17 november 2019, från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), <http://www.sbu.se/sv/var-metod/>

Sjöberg, F., Schönning, E., & Salzman-Erikson, M. (2015). Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)*, 24(17–18), 2522–2528.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12844>

Smekal, D. (2013). *Safety with Mechanical Chest Compressions in CPR: Clinical studies with the LUCAS™ device*. (Acta Universitatis Upsaliensis, Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 922). Från <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2018/03/D.-Smekal.-CPR-and-LUCAS-2013.pdf>

Socialstyrelsen. (2009). *Nationella indikationer för God vård. - Hälso- och sjukvårdsövergripande indikationer.- Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. (Artikelnummer 2009-11-5)*. Hämtad från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser*. Hämtad: 2019-04-12 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten*. Hämtad 2019-12-04 från

<https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Strömsöe, A. (2013). *Cardiopulmonary resuscitation in Sweden – yesterday, today and tomorrow* (Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, Institutionen för Medicin på Sahlgrenska Akademin). Från <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2018/03/Stromsoe-avhandling-2013.pdf>

Sullivan, N., Duval-Arnould, J., Twilley, M., Smith, S., Aksamit, D., BooneGuercio, P., Jeffries, P. & Hunt, E. (2015). Simulation and education: Simulation exercise to improve retention of cardiopulmonary resuscitation priorities for in-hospital cardiac arrests: A randomized controlled trial. *Resuscitation*, (86), 6-13. doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.10.021>.

Svenska läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening & Svenska rådet för hjärt- och lungräddning (2013). Etiska riktlinjer för hjärt- lungräddning (HLR). Hämtad 2019-04-16 från <https://www.sls.se/contentassets/90bcc300207d4d09ad133e68f80c7b58/riktlinjer20maj2021.pdf>

Svenska rådet för hjärt- och lungräddning (2019). Hjärtstopp - ett hjärta i kaos. Hämtad 2019-04-10 från <https://www.hlr.nu/fakta-riktlinjer/>

Svenska rådet för hjärt- och lungräddning (2017). Hjärtstopp inom sjukvården. Hämtad 2019-04-16 från

Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2011). *Avancerad hjärt-lungräddning till vuxen: kursbok med webbutbildning*. Stockholm: Svenska rådet för hjärt-lungräddning.

Söderlund, M. (2017). Vårdande: Vad är vårdande? I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom, (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp: I teori och praktik*. (s.296). Lund: Studentlitteratur.

Sævareid, T. J., & Balandin, S. (2011). Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 67(8), 1739–1748. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05622.x>

Södersved-Källerstedt, M-L. (2011). *In hospital cardiac arrest: A study of education in cardiopulmonary resuscitation and its effects on knowledge, skills and attitudes among healthcare professionals and survival of in-hospital cardiac arrest patients* (Doktorsavhandling, Uppsala universitet, Medicinska Fakulteten). Från <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2018/03/Sodersved-Kallerstedt-avhandling-2011.pdf>

Tennyson, C. D. (2019). Family presence during resuscitation. Updated review and clinical pearls. *Geriatric Nursing*, 40(6), 645-647. <https://doi.org/10-1016/j.gerinurse.2019.11.004>

Toronto, E. C. & LaRocco, A. S. (2018). Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 1-15. doi: 10.1111/jocn.14649

Wagner, H. (2015). *Clinical and experimental insights into the use of mechanical chest compressions during prolonged resuscitation in the coronary catheterization laboratory* (Doktorsavhandling, Lunds universitet, Medicinska Fakulteten). Från <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2018/03/Henrik-Wagner-Clinical-and-experimental-insights-into-the-use-of-mechanical-chest-compressions-during-prolonged-resuscitation-in-the-coronary-catheterization-laboratory-2015.pdf>

Bilaga 1 (1)

Artikelmatris.

| Författare | Land/År | Design | Population/inklusions- samt exklusionskriterier | Urval/bortfall | Metod | Resultat | Gradering |
|---|-----------------|--|---|--|---|--|-----------|
| 1. Crunden, E. | England, 1991 | Kvalitativ och kvantitativ ansats | Inklusionskriter var legitimerade sjuksköterskor | 8 personer i den kvalitativa delen efter 3 personer som bortföll. 51 personer deltog i den kvantitativa delen. | Semi-strukturerade bandinspelade intervjuer. Analyserades genom ground theory | 6 teman: rollidentifikation, träning, hot mot självkänslan, attityd till sig kunskap, förväntningar av andra och påverkan av tidigare erfarenhet. | Medelhög |
| 2. Fernández, A., Pérez, U., Unanue, A., García, A. & Ballesteros, P. | Spanien, 2017 | Explorativ studie med kvalitativ ansats | Sjuksköterskor som arbetade på ambulansen. Inklusionskriterier var att ha varit med om minst 5 HLR-situationer med ett utfall där patienten avlidit. Volontärarbetare exkluderas. | 13 personer. Snowballing. | Semi-strukturerade intervjuer och fokusgrupper | Sjuksköterskor som erfarit misslyckade HLR-försök fick direkt påverkan på arbets- och privatlivet. Det var en traumatisk upplevelse som associerades med personalens empati för patienten. Om patienten var ung upplevdes HLR som svårare. | Hög |
| 3. Hui, G., Low, L. & Lee, I. | Hong Kong, 2011 | Deskriptiv, explorativ och kvalitativ studie | Inklusionskriterierna var heltidsanställd, har arbetat på intensivvårdsavdelning i minst 1 år, erfarenhet av defibrillering de senaste två åren samt genomgått HLR-utbildning | 12 deltagare. | Analyserades genom innehållsanalys. | Erfarna sjuksköterskor upplevde sig vara väl förberedda för HLR medan nyexaminerade var rädda för att använda defibrillatorn. Stöd från organisationen, bra samarbete och regelbundna utbildningar behövdes för optimal HLR. | Hög |
| 4. Larsson, E. & Engström, Å. | Sverige, 2012 | Deskriptiv, kvalitativ design med naturalistisk paradigm | Inklusionskriterier var ambulanssjuksköterskor med erfarenheter av HLR | 7 personer. 8 personer valde att inte delta. | Semistrukturerade intervjuer analyserad genom innehållsanalys | 6 huvudtemana hittades vilka var förberedelser för det okända, utförande av HLR få hjälp med bröstkompressioner, ta hand om anhöriga, etiskt svåra situationer samt reflektion med uppföljning. | Hög |

| | | | | | | | |
|---|-------------------|---|--|--|---|---|----------|
| 5. Lee, M. & Cha, C. | South Korea, 2018 | Naturalistisk paradigm | Inklusionskriteriet var sjuksköterskor som jobbat på akuten i minst 1 år samt att ha utfört HLR de senaste 3 månaderna. | 17 personer. 2 personer föll bort då de inte ville bli inspelade. 1 person matchade inte inklusionskriterierna | Intervjuer med öppna frågor. Konventionell innehållsanalys. | Upplevde svårigheter att utföra HLR men att de växte i sin roll genom att utföra det. Med positiv feedback kunde de vända negativa upplevelser till en chans att utvecklas. | Hög |
| 6. Page, S. & Meerabeau, L. | England, 1996 | Kvalitativ studie | Inklusionskriteriet var att personalen skulle vara legitimerade sjuksköterskor. | 14 personer | Bandinspelade diskussioner med manifest innehållsanalys | HLR erfors som kaotiskt och stressfullt för sjuksköterskorna och gjorde att de inte kunde tänka klart. Utbildningen speglade inte hur verkligen såg ut vilket påverkade sjuksköterskornas erfarenheter. | Medelhög |
| 7. Pups, G., Weyker, J. & Rodgers, B. | USA, 1997 | Explorativ studie med kvalitativ ansats | Legitimerade sjuksköterskor | 29 personer | Enkät med öppna skrivfrågor. Analyserades genom en tematisk analys. | Skapade 4 huvudteman vilka var krävande, välkontrollerade, lärande och erfarenhet samt etiskt utmanande. Sjuksköterskor upplevde en stor stress vid HLR och behövde reflektion efteråt samt regelbunden träning. | Medelhög |
| 8. Ranse, J. & Arbon, P. | Australien, 2008 | Hermaneutisk fenomenologisk studie | Inklusionskriterier var legitimerade sjuksköterskor med mindre än 12 månaders erfarenhet. | 6 personer | Semistrukturerade intervjuer som analyserades genom tematisk analys. | Sjuksköterskors upplevelser av HLR resulterade i 4 teman vilka var måste ta beslut, måste agera, känna sig delaktig och bli stöttad. | Hög |
| 9. Sjöberg, F., Schönning, E. & Salzmänn-Eriksson, M. | Sverige, 2015 | Deskriptiv, kvalitativdesign | Inklusionskriterier var legitimerad sjuksköterska, ha jobbat minst 1 år på intensivvårdsavdelning samt att ha utfört HLR på minst en vuxen det senaste året. | 8 personer | Semistrukturerade intervjuer som analyserades genom induktiv ansats. | Sjuksköterskor erfor HLR som stressigt och att personalen bör utbildas inom området. En HLR-situation anses vara kaotisk och därför är det viktigt att en person tar ledningen. Debriefing är viktigt för teamarbetet. | Hög |
| 10. Sævareid, T J. & Balandin, S. | Norge, 2011 | Kvalitativ | Inklusionskriterier var att deltagarna skulle jobbat med patienter över 85 år i minst 2 år. | 10 personer | Semistrukturerade djupintervjuer. Analyserades genom konstruktiv grounded theory. | 16 subkategorier som skapade 4 huvudkategorier. Deltagare upplevde stress när ett 0-HLR beslut ej var taget när det borde funnits ett ställningstagande. Upplevde att för få 0-HLR beslut var tagna och ofta för sent beslutade | Hög |