



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

Sjuksköterskeprogrammet 180hp

KANDIDATUPPSATS



Att explodera i handling

Sjuksköterskors upplevelser av hjärt- och
lungräddning

Louis Aradottir och Emma Möllgård

Omvårdnad 15hp

Halmstad 2016-12-09

Att explodera i handling

- Sjuksköterskors upplevelser av hjärt- och lungräddning

Författare:

Louis Aradottir
Emma Möllgård

Ämne
Högskolepoäng
Stad och datum

Vetenskapligt arbete
15hp
Halmstad 2016-12-09

Titel	Att explodera i handling – sjuksköterskors upplevelser av hjärt- och lungräddning
Författare	Louis Aradottir och Emma Möllgård
Sektion	Akademien för Hälsa och Välfärd
Handledare	Annelie Lindholm, universitetsadjunkt, Fil. Mag. biomedicin
Examinator	Kärstin Bolse, universitetslektor, Med Dr.
Tid	Höstterminen 2016
Sidantal	19
Nyckelord	Debriefing, hjärtstopp, HLR, sjuksköterska, slutenvård, upplevelser

Sammanfattning

Mellan 2005- 2014 registrerades 15956 hjärtstopp på sjukhus i Sverige. Sjuksköterskor är ofta först på plats vid ett hjärtstopp och det är ett krav att de är utbildade inom S-HLR och D-HLR. I hjärt- och lungräddning ingår många moment som ska utföras på kort tid och under hög press. Det är viktigt att sjuksköterskor får möjlighet att bearbeta händelsen för att utvecklas i sin yrkesroll och hantera eventuella känslor som uppkommit. Syftet var att undersöka sjuksköterskors upplevelser kring hjärt- och lungräddning inom slutenvården. Studien genomfördes som en litteraturstudie där 11 artiklar användes till resultatet. Innehållet i artiklarna genererade tre övergripande teman; sjuksköterskors upplevelser före HLR, sjuksköterskors upplevelser under HLR och sjuksköterskors upplevelser efter HLR. Kontinuerlig HLR- utbildning upplevdes vara en positiv erfarenhet som förberedde sjuksköterskorna inför verkliga situationer. Dock kunde simuleringarna vara för enkla och inte tillräckligt verklighetstroga. HLR- situationen upplevdes oftast som stressande och ångestladdad och gav många sjuksköterskor ett adrenalinpåslag som både kunde ha en positiv och negativ inverkan på den kognitiva funktionen. Sjuksköterskorna upplevde att de efter händelsen hade ett behov av att bearbeta känslor och ett bra instrument för detta ansågs vara debriefing. Ytterligare forskning om sjuksköterskors upplevelser av HLR krävs för att utröna varför vissa sjuksköterskor påverkas mer än andra av händelsen trots likartad utbildning.

Title	To explode into action – nurses’ experiences of cardiopulmonary resuscitation
Author	Louis Aradottir and Emma Möllgård
Department	Academy of Health and Welfare
Supervisor	Annelie Lindholm, lecturer, MSc in biomedicine,
Examiner	Kärstin Bolse, senior lecturer, PhD.
Period	Autumn 2016
Pages	19
Key words	Cardiac arrest, CPR, debriefing, experiences, in- hospital, nurse

Abstract

Between 2005-2014 a total of 15959 cardiac arrests were registered at Swedish hospitals. Nurses’ are often the first people on the scene of a cardiac arrest and it is required of them to be educated in CPR and CPR-D. In CPR many elements that must be performed during a short period of time and under high pressure are included. It is important that nurses’ get the opportunity to process the situation to progress in their profession and deal with potential feelings that might occur. The aim was to explore nurses’ experiences during cardiopulmonary resuscitation in hospitals. The study was a literature review where 11 articles were used for the result. The articles generated three major themes; nurses’ experiences before CPR, nurses’ experiences during CPR and nurses’ experiences after CPR. Continuous CPR- training was as a positive experience that prepared nurses’ for real situations. However, the simulations were viewed as being too simplistic and not realistic enough. The CPR- situation was often experienced as stressful with high levels of anxiety that made the nurses’ adrenaline flow which could have both a positive and negative impact on cognitive function. The nurses’ experienced that they after the event felt a need to process emotions and a good instrument for that was considered debriefing. Further research on nurses’ experiences of CPR is required to determine why some nurses’ are more affected than others by the event despite similar training.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Beskrivning av hjärtstopp	1
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar vid hjärtstopp	2
Debriefing	3
Teoretisk referensram.....	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	5
Design	5
Datainsamling.....	5
Artikelsökning i CINAHL	6
Artikelsökning i Pubmed	6
Databearbetning	7
Forskningsetiska överväganden	7
Resultat	8
Sjuksköterskors upplevelser före HLR	8
Positiva upplevelser av utbildning.....	8
Negativa upplevelser av utbildning	8
Sjuksköterskors upplevelser under HLR	9
Upplevelser av stress och ångest.....	9
Upplevelser av samarbete	10
Upplevelser av brister i utförandet	10
Upplevelser av anhörignärvaro	10
Sjuksköterskors upplevelser efter HLR	11
Upplevelser av debriefing	11
Upplevelsen av andra metoder för att bearbeta upplevelsen.....	12
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	15
Konklusion	18
Implikation	19

Referenser

Bilagor

Bilaga A: Sökordsöversikt

Bilaga B: Sökhistorik

Bilaga C: Artikelöversikt

Inledning

Mellan 2005-2014 registrerades 15956 hjärtstopp på sjukhus i Sverige (HLR-rådet, 2014). Av de patienter som drabbades av hjärtstopp och vårdades på en hjärtavdelning jämfört med de som vårdades på en vanlig vårdavdelning överlevde 65 % jämfört med 17 %. De senaste åren har överlevnaden för hjärtstopp som inträffar på sjukhus överlag ökat och ligger nu på ca 40 %. De faktorer som påverkar patientens överlevnad efter ett hjärtstopp är att hjärt- och lungräddning (HLR) påbörjas inom en minut efter bevitnat hjärtstopp samt att defibrillering initieras tidigt tillsammans med avancerad HLR, där läkemedelshantering och intubering ingår (Wallentin & Stenström, 2005).

Efter att sjuksköterskor utbildat sig inom vuxen-HLR är det ett krav att de genomför påbyggnadsutbildningarna HLR på sjukhus (S-HLR) och HLR med defibrillering (D-HLR). Utbildningarna fokuserar på upprätthållandet av vitala funktioner tills dess att akutteamet är på plats och omfattar utförandet av defibrillering med halvautomatisk defibrillator, användandet av andningsmask, syrgas- och sugutrustning samt HLR-bräda (HLR-rådet, 2016). För att klara de kliniska och teoretiska krav som existerar inom sjukvården gällande utrustning och utförande av bland annat HLR bör sjuksköterskor känna trygghet i yrkesutövandet (Haavardsholm & Nåden, 2009). Tidigare omvårdnadsforskning fokuserar mycket på patienters upplevelse efter erfaret hjärtstopp och det kan därför vara av vikt att undersöka även sjuksköterskors upplevelse av detta då det enligt Simpson (2016) inom slutenvården oftast är sjuksköterskor som är först på plats, tar ledningen och är ansvariga vid dessa situationer.

Bakgrund

Beskrivning av hjärtstopp

Drabbas hjärtat av sjukdom kan det leda till livshotande tillstånd där det allvarligaste är hjärtstopp (Albert, 2007). Ett hjärtstopp innebär att hjärtats pumpförmåga slutar fungera och effektiv respiration och cirkulation upphör på grund av att kärlen täpps till av rupturerade plack (Albert, 2007). En av de vanligaste orsakerna till hjärtstopp är ventrikelflimmer och utan behandling övergår detta ofta i asystoli (Perkins et al., 2015). Andra orsaker som inte är hjärtsjukdomsrelaterade och kan ligga bakom ett hjärtstopp är flera. De vanligaste är lungemboli, intoxication, astma, malignitet, drunkning eller trauma (Perkins et al., 2015). Vid ett ventrikelflimmer är det viktigt för sjuksköterskor att känna till symtom som kan uppkomma vid insjuknandet. Symtombilden kan variera men för att upptäcka insjuknande i ett tidigt stadium är tecken så som andfåddhet vid vila eller ansträngning, bröstsmärta med strålade karaktär ut i armen, yrsel eller illamående vanliga att observera (Albert, 2007). Sjuksköterskan bör vara uppmärksam på sådana tecken för att snabbt kunna påbörja HLR (Simpson, 2016).

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar vid hjärtstopp

Kunskapsläget och riktlinjerna kring HLR uppdateras kontinuerligt (HLR-rådet, 2015) och sjuksköterskor har en skyldighet att aktivt söka ny kunskap kring sin yrkeskompetens (International council of nursing, 2014). Sjuksköterskor har en viktig roll i den tidiga diagnosticeringen av hjärtstopp och bör vara väl insatta i de riktlinjer som finns angående hjärt- och lungräddning (Perkins et al., 2015). I en situation på sjukhus där ett hjärtstopp uppstår krävs många åtgärder för att öka patientens chans till överlevnad. Dessa åtgärder kan beskrivas i fyra olika steg. Det är viktigt att stegen är starkt sammankopplade i varandra och sker utan tidsuppehåll (Perkins et al., 2015). Första steget omfattar att upptäcka patienten och så fort som möjligt larma för att tillkalla hjälp och akutteam. Sjuksköterskans handlingar inom den första minuten efter att hjärtstoppet inträffat kan vara viktiga för att öka patientens chans till överlevnad. Andra steget är att starta hjärt- och lungräddning. Inom en minut ska patienten ha fria luftvägar och sjuksköterskan ska ha påbörjat bröstkompressioner och inblåsningar (Perkins et al., 2015). Det är viktigt att bröstkompressionerna ges i rätt takt, är tillräckligt djupa och att inget uppehåll inträffar som orsakar att blodcirkulationen upphör. Tredje steget står för tidig defibrillering som också kan öka patientens chans för att överleva. Fjärde och sista steget handlar om avancerad vård som ges efter hjärtstopp och omfattar att säkra cirkulation och andning genom intubation och tillförsel av läkemedel intravenöst (Perkins et al., 2015).

Tidigare har defibrillering utförts av läkare men för att minska tiden till dess att defibrillering initieras och öka chansen för överlevnad har sjuksköterskor tagit över detta ansvar (Mäkinen, Niemi- Murola, Kaila & Castrén, 2009). Defibrillering har funnits sedan 1900-talet och syftar till att hjärtat ska få tillbaka sin normala rytm efter ett kammarflimmer-inducerat hjärtstopp (Valentinuzzi, 2010). Vid användandet av halvautomatiska defibrillatorer, vilket blir allt vanligare inom och utanför sjukvården, behöver användaren inga EKG- kunskaper då apparaten själv avgör huruvida defibrillering är nödvändigt för patienten (Holmberg, 2005). Genom att skicka en strömstöt på upp till 5000 volt genom hjärtmuskeln (myokardiet) depolariseras hjärtmuskelcellerna vilket ger sinusknutan och AV- knutan en chans att ta över frekvensbestämmandet och därmed återgå till normal hjärtrytm. Flera defibrilleringar i följd kan bli nödvändigt för att återställa hjärtats normala rytm (Valentinuzzi, 2010). Används en defibrillator inom tre minuter efter bevitnat hjärtstopp kan mer än 70 % av patienterna överleva (Holmberg, 2005). Det är inte bevisat att de läkemedel som sjuksköterskan kan administrera vid ett hjärtstopp har effekt på överlevnaden, men då studier kring ämnet motsäger varandra används de fortfarande i många fall (HLR-rådet, 2013). Läkemedel som administreras vid ett hjärtstopp kan vara adrenalin, atropin och antiarytmiska läkemedel såsom amiodaron. Dessa påverkar bland annat hjärtats frekvens och elektrofysiologiska egenskaper och har påvisats öka överlevnaden vid hjärtstopp relaterat till kammarflimmer (HLR- rådet, 2013). Vid ett lyckat återupplivningsförsök väntar en rad efterbehandlingsåtgärder där sjuksköterskor hjälper till i form av assisterad ventilation, syrgas- och läkemedelsbehandling och

noggrann övervakning med EKG. Hypotermibehandling och akut kranskärlsröntgen med eventuell ballongvidgning (PCI) kan bli aktuellt. Även stöttning och omhändertagande efter händelsen för att hjälpa patienten bearbeta situationen ingår i sjuksköterskans omvårdnadsansvar (HLR- rådet, 2012). Vid en hjärtstoppssituation finns ofta patientens närstående med och de bör tillfrågas om de vill närvara även under återupplivningsförsöket (Prensky, 2015). Det sker många moment som för icke-sjukvårdspersonal kan tyckas verka dramatiska och anhöriga kan uppleva emotionella och psykiska besvär (Christakis & Allison, 2006). En sjuksköterska bör då tilldelas uppgiften att ta hand om den närstående och informera om processen (HLR- rådet, 2012). I de fall där HLR misslyckas och patienten inte överlever ansvarar sjuksköterskor och undersköterskor för omhändertagandet av patienten tills dess att flytt till bårhus skett (Vårdhandboken, 2016). Den avlidna bör omhändertas och iordningsställas på ett värdigt sätt där de närstående vid önskemål bör få möjlighet att delta. Sjuksköterskan bör vid behov även bidra med stöd och empati till anhöriga för att främja sorgprocessen (Vårdhandboken, 2016).

Debriefing

Deltagande vid ett hjärtstopp och hanteringen av en sådan katastrofal händelse kan leda till att även sjuksköterskor behöver samtalsstöd (Davis, 2013). Kritiska händelser kan störa individens förmåga att fungera på platsen där krisen inträffade och ett instrument som ofta används efter sådana situationer är debriefing. Instrumentet är designat för att hjälpa individer hantera fysiska eller psykiska symtom som generellt associeras med trauma (Davis, 2013). Sådana symtom kan vara chock, ångest, trötthet, sömnsvårigheter, ilska, förvirring, rädsla, frustration, koncentrationssvårigheter eller oro. Individer som erhåller debriefing inom 24-72 timmar efter händelsen kan få mindre korttids-och långtidskrisreaktioner och psykiska trauman. Helst ska debriefingen utföras på eller nära platsen där händelsen inträffat. Davis (2013) beskriver en modell med sju steg som med fördel kan användas under debriefing-sessioner i små eller stora grupper. Första steget involverar att utvärdera effekterna av den kritiska händelsen på personal som deltagit i situationen. I andra steget identifieras omedelbara hot kring trygghet och säkerhet som uppstått. Tredje steget tillåter personalen att ventilera uppkomna tankar, känslor och erfarenheter i samband med händelsen. Dessa valideras av deltagarna under debriefingen. I steg fyra förutses händelser och reaktioner som kan uppkomma efteråt. I steg fem görs en systematisk genomgång av händelsen och dess konsekvenser för känslor, kognitiv- och fysisk funktion. I steg sex bringas ett avslut på situationen för att främja rehabiliteringsprocessen genom att exempelvis identifiera positiva erfarenheter. I sjunde och sista steget bidrar debriefing till att individen återfår normal funktion och kan återgå till arbetet (Davis, 2013).

Teoretisk referensram

I arbetet kring akuta situationer i samband med hjärtstopp bör sjuksköterskor vara professionella och känna trygghet i yrkesutövandet för att känna välbefinnande och

främja patientsäkerhet (Haavardsholm et al., 2009). Stressorer som kan skapas i form av ljus, ljud, atmosfär och färger som ses inom sjukvården kan motverkas genom trygghet (Maslow, 1943; Kolcaba, 1994). Även nya oförutsedda situationer, brist på stöd och brist på rutin kan motverkas genom detta begrepp. Människor har enligt Maslow (1943) lärt sig att hämma och dölja reaktioner som tyder på otrygghet, vilket innebär att det inte alltid syns på ytan om dessa individer känner sig hotade. Det är av vikt att ha kunskap om de reaktioner som kan tyda på att sjuksköterskor känner sig otrygga då detta kan leda till ett försämrat yrkesutövande i en HLR-situation (Haavardsholm et al., 2009). Tecken på sådana reaktioner kan vara panik, oro, ångest och rädsla (Maslow, 1943). Det är av stor vikt att sjuksköterskan kan identifiera dessa hos sig själv, patienter och anhöriga för att utförandet av HLR ska bli så bra som möjligt (Haavardsholm et al., 2009).

Enligt Kolcabas teori (1994) definieras trygghet som ett tillstånd där sjuksköterskan får en helhetsupplevelse av att känna sig stärkt. Begreppen relief (lättnad) och ease (lugn) används för att vidare beskriva teorin. Lättnad definieras som upplevelsen av att få ett särskilt behov uppfyllt och det beskrivs vidare hur befrielse från detta behov är nödvändigt för att återfå sin tidigare funktion i livet. Detta blir av vikt för sjuksköterskan eftersom förväntningen efter en HLR- situation är att kunna återgå till vårdandet av andra patienter (Davis, 2013). Lugn definieras som en förutsättning för ett effektivt utförande (Kolcaba, 1994) vilket kan kopplas till yrkesutövandet i en HLR- situation där det är av vikt att sjuksköterskan kan hantera situationen på ett effektivt sätt för att främja patientsäkerheten (Haavardsholm et al., 2009). Kolcaba (1994) belyser vikten av de sociala relationerna mellan personal och närstående och menar att dessa relationer måste vårdas för att trygghet ska uppnås. Genom att få sjuksköterskor att känna trygghet stärks de i sitt vårdande och får en känsla av välbefinnande i situationen och kan därmed inge både patienter och kollegor en atmosfär av trygghet (Dowd, 2014).

Problemformulering

Ett hjärtstopp är något som kan inträffa på alla typer av avdelningar. Sjuksköterskor hamnar då i en situation med många moment som ska utföras på kort tid och under hög press. Det är därför av intresse att utforska hur de upplever hjärtstoppssrelaterade situationer där hjärt- och lungräddning blir aktuellt för att dra nytta av dessa erfarenheter och därmed främja patientsäkerheten.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser kring hjärt- och-lungräddning inom slutenvården.

Metod

Design

En litteraturstudie genomfördes enligt Forsberg och Wengströms (2013) modell för att på ett systematiskt sätt granska och analysera relevant litteratur och skapa en djupare förståelse för sjuksköterskans upplevelse kring hjärt- och lungräddning inom slutenvården.

Datainsamling

I litteraturstudien användes databaserna Cumulated Index to Nursing And Allied Health Literature (CINAHL) och Public Medline (Pubmed) för att få fram relevanta artiklar inom området. Databaserna valdes ut för att de inriktar sig på vård och omvårdnadsforskning vilket är relevant för studiens syfte (Forsberg & Wengström, 2013). Inledande litteratursökningar med nyckelorden cardiac arrest (hjärtstopp), CPR (HLR), in-hospital (slutenvård), experience (upplevelse/erfarenhet), nurse (sjuksköterska), perception (upplevelse/erfarenhet), code blue emergencies (kod som används på sjukhus vid hjärtstopp) och nursing care (sjuksköterskans omvårdnad) genomfördes för att få en översikt kring vilket material som fanns om området (Wallengren & Henricson, 2013). Efter de inledande sökningarna genomfördes strukturerade sökningar där samtliga genererade titlar läses varav de som verkade relevanta för syftet valdes ut för vidare abstraktsläsning. Vissa titlar benämnde exempelvis annan vårdpersonals erfarenhet, anhörigas eller patienters upplevelser, studenters upplevelser eller faktorer som påverkar eller förklarar HLR vilket inte var relevant för studiens syfte och de valdes därför bort utan att abstrakten lästes. Sökordsöversikt redovisas i bilaga A och sökhistorik redovisas i bilaga B.

I Pubmed användes MeSH-termer och trunkering för att få ett bredare resultat i litteratursökningen (Forsberg & Wengström, 2013). Trunkering användes även i CINAHL. Vid sökningarna användes och kombinerades booleska sökoperatorerna AND och OR. OR användes när ett bredare, mer generellt resultat skulle uppnås och AND användes för att generera ett mer specifikt resultat (Forsberg & Wengström, 2013). Manuella sökningar gjordes i artiklars referenslistor varav en artikel efter granskning ansågs passa studiens syfte. När vidare sökningar inte resulterade i nya resultat utan dubletter uppstod avslutades litteratursökningen. Dubletter redovisas inte i sökhistoriken. Inklusionskriterier för litteraturstudien var att artiklarna skulle handla om legitimerade sjuksköterskors upplevelser av hjärtstopp, artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska och abstrakt skulle finnas tillgängliga på databasen. Samtliga artiklar skulle vara peer-reviewed och hjärtstoppet skulle ha skett på vuxna patienter (över 18 år) inom slutenvården. Exklusionskriterier var att resultatet inte fick utgå från ambulanssjuksköterskors upplevelser, studerande sjuksköterskors- eller annan vårdpersonal än sjuksköterskors upplevelser, inte handla om barn under 18 år eller om händelser som skett utanför sjukhus. Även artiklar som behandlade 0-HLR eller var reviewartiklar exkluderades.

Artikelsökning i CINAHL

Sökningen inleddes i databasen CINAHL där sökorden kombinerades på olika sätt för att generera ett större antal artiklar. Trunkering användes för att bredda resultatet. De dubletter som uppstod i samband med att nya sökordskombinationer användes redovisas inte och dessa abstrakt läses inte igen. Första kombinationen var nursing care* AND in-hospital* AND cardiac arrest* vilket gav 53 träffar. Av dessa lästes 30 abstrakt och två artiklar granskades varav inga valdes ut till resultatartiklar då de inte passade syftet eller inklusionskriterierna. Till nästa sökning kombinerades sökorden cardiac arrest* AND nurs* AND experienc* AND in- hospital* vilket gav 65 träffar, varav 35 abstrakt lästes och en artikel kvalitetsgranskades. Inga artiklar valdes ut för vidare användning då artikeln som granskats inte ansågs vara av god vetenskaplig kvalitet. I nästa sökning i CINAHL kombinerades sökorden cardiac arrest* AND nurs* AND CPR AND in-hospital* vilket gav 28 träffar. Av dessa lästes 19 abstrakt och inga artiklar granskades då inga passade syftet. I fjärde sökningen kombinerades sökorden nurs* AND experienc* OR perception* AND CPR OR cardiopulmonary resuscitation vilket genererade 238 träffar där 122 abstrakt lästes. Fyra artiklar gick vidare för granskning varav tre ansågs vara av god vetenskaplig kvalitet och passa syftet. De valdes därför till resultatartiklar.

Artikelsökning i Pubmed

Nästa sökning genomfördes i Pubmed där första sökordskombinationen var nurs* AND experienc* AND CPR AND cardiac arrest. MeSH- termer användes i alla kombinationer utom experience där det inte var möjligt. De dubletter som uppstod i samband med att nya sökordskombinationer användes redovisas inte och dessa abstrakt läses inte igen. Första sökningen genererade 14 träffar, varav alla abstrakt lästes och två artiklar granskades. Inga artiklar passade inklusionskriterierna och de användes därför inte i arbetet. I andra sökningen användes kombinationen nurs* AND cardiac arrest AND experienc* vilket gav 35 träffar varav 20 abstrakt lästes, två artiklar granskades och inga valdes ut. I tredje sökningen kombinerades nurs* AND experienc* AND CPR. Detta resulterade i 71 träffar. Av dessa lästes 32 abstrakt och 4 artiklar gick vidare till granskning. Tre artiklar användes i resultatet. I nästa sökning kombinerades sökorden nurs* AND experienc* AND resuscitat* vilket gav 248 artiklar. Av dessa läses 105 abstrakt och två artiklar granskades varav en artikel passade syftet och inklusionskriterierna. I näst sista sökningen användes sökorden code blue emergencies AND nurs* AND experienc*. Detta genererade 19 artiklar varav alla abstrakt lästes, en artikel granskades och en artikel användes till resultatet. I sista sökningen användes sökorden nurs* AND resuscitat* AND perceiv*, vilket gav 154 träffar, varav 92 abstrakt lästes. Då ett antal dubletter uppkom granskades en artikel som sedan användes i resultatet.

Databearbetning

Kvalitetsgranskning av de vetenskapliga artiklarna gjordes enligt Carlsson och Eimans (2003) mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa och kvantitativa artiklar. Artiklarnas innehåll poängsattes utifrån mallen och artiklarnas kvalitet graderades från I-III där grad I visar på god vetenskaplig kvalitet och grad III sämre kvalitet. För att artiklar ska uppnå grad I behöver de 80 % av maxpoängen, grad II 70 % och grad III 60 %. Av de sammanlagt 11 artiklar som använts i resultatet uppnådde sex stycken grad I och fem stycken grad II. De kvalitativa artiklarna granskades även utefter begreppen trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och bekräftelsebarhet och de kvantitativa artiklarna granskades utifrån begreppen validitet och reliabilitet för att säkra god kvalitet (Wallengren & Henricson, 2013).

En kategorisering av innehållet i artiklarna gjordes vid databearbetningen för att tolka och redovisa resultatet (Forsberg & Wengström, 2013). För att bli bekanta med materialet lästes artiklarna igenom flera gånger enskilt varefter de diskuterades gemensamt för att avgöra huruvida artiklarna matchade litteraturstudiens syfte. I samband med detta gjordes artikelöversikter för att på ett enkelt, systematiskt sätt sammanfatta artiklarna. Utifrån de godkända artiklarna formulerades meningsbärande enheter i form av koder översatta till svenska för att skapa en förståelse för vad texterna handlade om. Dessa koder utgjorde ett stöd för att senare utforma underrubriker. De mest övergripande koderna omvandlades till kategorier som jämfördes för att hitta mönster i form av likheter och skillnader. Kategorierna omstrukturerades och reviderades ytterligare en gång vilket resulterade i tre slutgiltiga kategorier och åtta underrubriker. Kategorierna blev sjuksköterskors upplevelser före HLR, sjuksköterskors upplevelser under HLR och sjuksköterskors upplevelser efter HLR. Underrubrikerna till sjuksköterskors upplevelser före HLR blev positiva upplevelser av utbildning och negativa upplevelser av utbildning. Underrubrikerna till sjuksköterskors upplevelser under HLR blev upplevelser av stress och ångest, upplevelser av samarbete, upplevelser av brister i utförandet och upplevelser av anhörignärvaro. Under sista kategorin blev underrubrikerna upplevelser av debriefing och upplevelser av andra metoder för att bearbeta upplevelsen.

Forskningsetiska överväganden

För att öka deltagarnas säkerhet, välbefinnande och rättighet kan lagar vara till hjälp vid forskning (Kjellström, 2013). Lagen om etikprovning av forskning som avser människor (2003:460) och personuppgiftslagen (1998:204) har som uppgift att skydda varje individ och bevara respekten för dess värde vid forskning och det är endast sådan forskning som får publiceras. Det är av vikt att uppgifter som deltagaren kan uppfatta som känsliga inte får spridas för att inte kränka den personliga integriteten. För att skydda deltagarna ska forskning enligt sjuksköterskornas internationella etiska kod (ICN) följa fyra etiska principer. Dessa grundar sig i att deltagarna har rätt till självbestämmande, rätt till att vara anonyma, skyddas från skada samt har rätt till

tillgång av full information om studien (International council of nursing, 2014). Alla dessa faktorer har tagits hänsyn till vid en granskning av artiklarna som användes i studien. För att kunna påvisa att artiklarna hade en hög vetenskaplig kvalitet kontrollerades det att de antingen hade redogjort för etiska överväganden eller hade tillstånd från en etisk kommitté att genomföra studien (Forsberg & Wengström, 2013). Av artiklarna som användes i litteraturstudien hade åtta av 11 fått etiskt godkännande. Vissa av artiklarna som inte tog upp etiskt godkännande nämnde istället att deltagandet var anonymt och att all information som samlades in förvarades i ett lösenordskyddat datasystem för att skydda deltagarna. En annan artikel nämnde inte etiskt godkännande, men tidskriften artikeln är publicerad i, Journal of Advanced Nursing, nämner rekommendationer kring etiken som involverar att deltagarna ska ha gett skriftligt och muntligt tillstånd att delta i studien samt att en etisk kommitté bör ha godkänt den (Journal of Advanced nursing, 2014). Detta tolkades därför som att även dessa artiklar hade någon form av etiska överväganden.

Resultat

Sjuksköterskors upplevelser före HLR

Positiva upplevelser av utbildning

I allmänhet upplevdes obligatorisk kontinuerlig HLR- utbildning som en positiv erfarenhet som gav sjuksköterskorna möjlighet till förberedelse inför verkliga situationer (Sjöberg, Schönning & Salzman-Erikson, 2015; Price, Applegarth, Vu & Price, 2012; Ransé & Arbon, 2008; Rutherford- Hemming, Hudson, Durham & Richuso, 2003). Det ansågs viktigt att träna på användandet av aktuell utrustning och återupplivningsläkemedel samt en genomgång av akutvagnen (Rutherford- Hemming et al., 2003). Utbildningen sågs som ett effektivt sätt att hålla kunskaperna uppdaterade där sjuksköterskan fick tillåtelse att göra misstag och lära sig av dessa. Utbildningen gav sjuksköterskorna möjlighet att veta sin uppgift, arbeta med en mer patientsäker vård och förbättra samarbetet med kollegor samt förbättra återupplivningsresultatet (Sjöberg et al., 2015; Price et al., 2012). Sjuksköterskorna upplevde att HLR- utbildningen minskat stressnivån i verkliga återupplivningsförsök då den på ett bra sätt reflekterade hur kaotisk en verklig situation kunde vara (Ransé et al., 2008; Sjöberg et al., 2015; Rutherford- Hemming et al., 2003). HLR- utbildningen kunde visserligen ses som för repetitivt men trots det associerades den överlag med positivitet (Sjöberg et al., 2015).

Negativa upplevelser av utbildning

Vissa av sjuksköterskorna ansåg däremot att utbildningarna inte efterliknade pressen och riskerna med verkliga situationer (Page & Meerabeau, 1995). Simuleringarna ansågs vara för enkla och inte representera de unika situationer som varje hjärt- lungräddningsförsök faktiskt var. Att under utbildningen utföra bröstkompressioner och inblåsningar på en plastdocka jämfört med på en svettig patient som var på väg att

kvävas i en verklig situation ansågs vara väldigt annorlunda. I simuleringarna upplevdes inte alarmerande färgförändringar hos patienten, dockorna gav inte ifrån sig några ljud och sjuksköterskan behövde inte hantera kroppsvätskor. De kriterier som simuleringsslärarna bad sjuksköterskorna hålla utkik efter för att identifiera patienters behov av HLR var heller aldrig likadana som i läroböckerna (Page et al., 1995).

Sjuksköterskors upplevelser under HLR

Upplevelser av stress och ångest

Under hjärt- och lungräddningen upplevde sjuksköterskorna höga nivåer av adrenalin vilket till exempel kunde visa sig genom att händerna började skaka (Sjöberg et al., 2015; Laws, 2001; Page et al., 1995; Pups, Wayker & Rodgers, 1997). När sjuksköterskorna insåg att de var tvungna att rädda patientens liv och agera energiskt och instinktivt upplevde de fysiska och psykiska reaktioner på stress i form av svårigheter i att uppskatta tid, ta avstånd från känslor och tunnelseende (Sjöberg et al., 2015). Vissa sjuksköterskor ansåg att detta hjälpte dem att förbli fokuserade och prioritera på rätt sätt (Sjöberg et al., 2015). Andra ansåg att den kunde ha en handlings-förlamande effekt på den kognitiva funktionen vilket resulterade i en tillfällig försämring av individens färdigheter och ett ineffektivt utförande av HLR (Page et al., 1995). Sjuksköterskorna kände sig i samband med händelsen stressade, uppskattade och tappade sitt självförtroende. Känslor av osäkerhet kunde också uppkomma när sjuksköterskorna oroade sig för att begå ett fatalt misstag (Cole, Slocumb & Muldoon- Mastey, 2001). Många beskrev förekomsten av en "fight- or-flight"- respons, där känslor av kaos, stor stress och att vilja gömma sig eller springa iväg upplevdes (Ranse et al., 2008; Page et al., 1995) men många var medvetna om att de behövde kontrollera denna respons för att klara av situationen (Laws, 2001).

För att minska känslor av stress eller ångest valde vissa sjuksköterskor ofta att dokumentera då detta upplevdes som tryggt och gav tillfälle att delta i situationen utan att inta en uppgift som kändes obekvämt (Ranse et al., 2008; Price et al., 2012). Den uppgift som kändes mest obekvämt och ångestladdad att utföra var defibrillering då utförandet kunde medföra personliga skador (Price et al., 2012). Ett exempel på detta var att en sjuksköterska hade fått en elektrisk stöt och fått tillbringa tid på intensivvårdsavdelningen för att återhämta sig (Laws, 2001). Även administration av läkemedel uppfattades som stressande och obehagligt (Sjöberg et al., 2015; Rutherford- Hemming et al., 2003). För att situationen skulle uppfattas vara strukturerad och ordningsam var antalet deltagare i återupplivningsförsöket viktigt. Brist på personal men även för mycket personal kunde upplevas som stressande (Sjöberg et al., 2015; Rutherford- Hemming et al., 2003; Pups et al., 1997) vilket märktes tydligt i situationer som inträffade under nattsiftet. Det kunde inge känslor av kaos och stress på grund av den förlängda tidsperioden innan en läkare kunde närvara (Sjöberg et al., 2015). Andra källor till ångest kunde vara de kroppsvätskor och kräkningar som förekom tillsammans med ljudet av sprickande revben från

bröstkompressionerna (Laws, 2001; Rutherford- Hemming et al., 2003). Känslor av stress kunde också uppkomma i samband med att patientens familj förväntade sig att sjuksköterskorna kunde hålla deras närstående vid liv (Cole et al., 2001). Det upplevdes mer emotionellt stressande att återuppliva en patient som sjuksköterskan själv ansvarat för i och med att en relation bildats mellan parterna (Rutherford- Hemming et al., 2003; Pups et al., 1997).

Upplevelser av samarbete

En viktig faktor för att återupplivningsförsöket skulle upplevas som lyckat var ett gott teamarbete. Fungerade samarbetet väl ledde det till ett lugnt och välkoordinerat team där de kände spänning och fick ökat självförtroende om försöket lyckades (Ranse et al., 2008; Rutherford- Hemming et al., 2003). Många sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att situationen tidigt strukturerades upp genom att någon i teamet snabbt tog ledningen och började delegera viktiga uppgifter (Laws, 2001; Pups et al., 1997). Förvirring bland sjuksköterskorna i sina roller i teamet kunde leda till ångest (Laws, 2001; Rutherford- Hemming et al., 2003).

Upplevelser av brister i utförandet

I de fall där misstag begicks i samband med utförandet upplevde sjuksköterskorna känslor av otillräcklighet och oduglighet (Page et al., 1995). Där misstag begicks på grund av bristande tillgänglighet till och dålig kvalitet på utrustning upplevdes känslomässig stress (Laws, 2001; Pups et al., 1997). Ett annat bekymmer kunde vara bristen på sekretess som uppstod under utförandet av HLR på grund av närheten till andra patienter. Det fanns då en oförmåga att främja värdigheten för patienten som återupplivades (Laws, 2001; Pups et al., 1997). Sjuksköterskorna ansåg att utförandet brast när patienten inte överlevde. Erfarenheter av döden blev därför problematiska för sjuksköterskorna som då kände sig misslyckade när patienten inte överlevde (Page et al., 1995).

Upplevelser av anhörignärvaro

Familjens närvaro vid HLR kunde upplevas både positivt och negativt (Miller & Stiles, 2009; Madden & Condon, 2007; Rutherford- Hemming et al., 2003). Sjuksköterskorna upplevde att det inte fanns någon policy kring hur de skulle ställa sig till familjebevittnad HLR på avdelningen. Tillvägagångssättet i situationen varierade därför men de flesta valde att inkludera familjerna vid återupplivningsförsöket (Madden et al., 2007; Miller et al., 2009). Samtidigt som erfarenheten kunde vara känslomässigt dränerande var den positiva känslan övervägande (Miller et al., 2009). Det kunde resultera i en lugnare situation för sjuksköterskan som slapp den vanliga ångesten, frustrationen och rädslan över att behöva gå ut och informera familjen om utfallet efter återupplivningen (Pups et al., 1997). Närvaron av de anhöriga gav även sjuksköterskan möjlighet att skapa en bättre förbindelse med familjen och när återupplivningen lyckades kändes det spännande

och euforiskt för sjuksköterskorna att familjen bevittnat händelsen (Miller et al., 2009). Genom att tillåta familjen att närvara under HLR kunde sjuksköterskorna eventuellt tillgodose familjens behov och förhoppningsvis göra skillnad under en kritisk tid. Sjuksköterskorna kunde vara ett stöd före, under och efter händelsen och kanske dämpa smärtan hos familjen av att se sin anhörige lida. För sjuksköterskorna kunde det vara en belöning i sig att ta hand om samt bry sig om en annan människa (Miller et al., 2009). Den uppskattning de kände från familjen efter att sjuksköterskorna gjort allt i sin makt för att rädda deras anhörige var ytterligare en belöning. På detta sätt kunde de även främja patientens behov då viktig information kunde tas emot från anhöriga, exempelvis gällande läkemedelsöverkänslighet. Sjuksköterskorna hade varit med om situationer där anhöriga blev aktiva deltagare i att vårda sin familjemedlem, antingen genom att erbjuda stöd eller genom praktisk assistans under återupplivningsförsöket vilket sjuksköterskorna upplevde som positivt (Miller et al., 2009).

Vissa sjuksköterskor uttryckte däremot en oro över att ha familjen närvarande under återupplivningsförsöket (Miller et al., 2009; Madden et al., 2007). Denna oro kunde bestå i att sjuksköterskorna kunde säga något olämpligt eller berätta skämt medan familjen var i rummet (Miller et al., 2009). Det förekom även oro över att familjen kunde misstolka förfarandet eller kommentarer från sjuksköterskorna vilket kunde resultera i stämningar (Miller et al., 2009; Madden et al., 2007). Andra problem som kunde uppstå var att familjens närvaro påverkade sjuksköterskornas koncentration (Madden et al., 2007) genom att vara upprörda eller i vägen (Miller et al., 2009). Sjuksköterskornas säkerhet kunde bli lidande om familjen reagerade ogynnsamt då det under sorg kunde uppkomma utbrott och ilska. Detta gjorde att sjuksköterskorna kunde känna sig otrygga i situationen (Miller et al., 2009; Madden et al., 2007).

Sjuksköterskors upplevelser efter HLR

Vissa av sjuksköterskorna upplevde att omgivningen förväntade sig att de skulle fungera normalt och återuppta sina arbetsuppgifter direkt efter ett återupplivningsförsök, vilket kändes stressande (Cole et al., 2001; Pups et al., 1997). Flertalet sjuksköterskor mådde bra efter en lyckad återupplivning då de kunnat hjälpa patienten och upplevde inga skuld känslor efter ett misslyckat försök (Pups et al., 1997; Drotske & De Villiers, 2007). Däremot upplevde många ångest, ilska och hjärtessorg och kunde då vara i behov av ett instrument för att bearbeta sina känslor (Pups et al., 1997; Drotske et al., 2007). Utan återkoppling kunde känslorna efter återupplivningsförsöket följa med hem efter arbetspasset och skapa traumatiska minnen samt sömnproblem och det var därför viktigt att ha pratat igenom situationen och bearbetat negativa känslor (Sjöberg et al., 2015; Laws, 2001).

Upplevelser av debriefing

En del av sjuksköterskorna uttryckte ett behov av att göra obehagskänslor efter utförandet mindre (Laws, 2001) och att ha någon form av återkoppling efter HLR

ansågs viktigt. Debriefing visade sig vara en bra metod för denna återkoppling (Sjöberg et al., 2015; Page et al., 1995; Ranse et al., 2008; Price, et al., 2012; Drotske et al., 2007; Laws, 2001; Rutherford- Hemming et al., 2003; Pups et al., 1997). Sjuksköterskorna kunde känna sig lugnare inför nästa situation då de lärde sig mycket under samtalet och fick höra att andra kände likadant som de själva (Page et al., 1995). De ansåg att sessionerna skulle innehålla en reflektion över kvaliteten på utförandet av HLR, förbättringar som kunde göras till nästa gång, eventuella brister i rutinen och en beskrivning av hur situationen sett ut samt hur deltagarna kände sig efteråt (Drotske et al., 2007; Pups et al., 1997). De delar av situationen som var viktigast för individen repeterades ofta och kunde bidra till förståelse av händelsen samt minska skuld känslor och känslor av misslyckande (Page et al., 1995).

Debriefing ansågs underlätta sjuksköterskans förmåga att utvecklas som person och i grupp. Det gav också utrymme för att ge och ta emot beröm och bekräfta att alla gjort allt de kunde i situationen (Sjöberg et al., 2015). Efter samtalen kände sig sjuksköterskorna mer bekväma i situationen och slapp frukta nästa händelse. Genom att prata om händelsen kunde sjuksköterskorna även släppa undanträngda känslor av chock (Page et al., 1995). Det upplevdes svårt för vissa av sjuksköterskorna att identifiera positiva känslor under debriefingen (Page et al., 1995). De var motvilliga till att medge värdet av deras ageranden och vissa skyllde på tur istället för skicklighet om situationen blev lyckad. Samtalen fokuserade ofta på de värsta delarna i situationen kring vilka sjuksköterskorna kände ilska och spänning. Vissa av sjuksköterskorna gjorde allt för att inte visa några känslor efter händelsen utan fokuserade istället på operonliga upplevelser i form av fel på utrustning eller andras prestationer (Page et al., 1995). Vissa av sjuksköterskorna kände inget behov av debriefing men uttryckte en oro för sina kollegor och respekterade att de kunde ha ett behov av att ventiler sina känslor även om de inte själva delade detta behov (Sjöberg et al., 2015).

Upplevelsen av andra metoder för att bearbeta upplevelsen

Om det inte fanns möjlighet till debriefing var det viktigt att sjuksköterskorna fann andra alternativ till att uttrycka sina känslor (Sjöberg et al., 2015). Utan sådana alternativ hävdade många att de började hålla sig undan situationer som kunde påminna om återupplivningsförsöket och att en stor trötthet upplevdes efteråt (Laws, 2001).

Ett alternativ för att undvika detta var att använda sig av olika copingstrategier såsom skratt, speciellt när återupplivningen inte gått som planerat eller missförstånd inträffat. Detta kunde leda till lättnad och bidra till sammanhållning i arbetsteamet, distrahera sjuksköterskorna från hotet om död samt lindra stress (Page et al., 1995; Pups et al., 1997). En annan metod många sjuksköterskor använde sig av för att bearbeta händelsen var att dela sina upplevelser med familjemedlemmar (Drotske et al., 2007; Laws, 2001). Även om kollegor nämndes som förtrogna lyssnare ansågs deras

känslomässiga stöd inte vara lika starkt som det stöd som erhållits från familjemedlemmar. Vissa sjuksköterskor beskrev däremot att de valde att inte dela upplevelserna med någon på grund av sekretess och att de inte trodde att utomstående skulle förstå vad de varit med om. Ett fåtal sjuksköterskor hävdade att de inte upplevde några särskilda känslor över huvud taget efter händelsen och att de därför inte var i behov av någon form av bearbetning (Laws, 2001). Dessa individer tyckte inte heller att bearbetning var nödvändigt då de såg återupplivningsförsöket som en del i deras arbete (Drotske et al., 2007).

Diskussion

Metoddiskussion

Till en början valdes databaserna CINAHL, Pubmed och Medline ut. Medline är en underdatabas till Pubmed. Databaserna valdes då de innefattar omvårdnadsforskning vilket ansågs vara relevant för syftet (Forsberg & Wengström, 2013). Medline valdes senare bort då sökningar i databasen inte genererade nya artiklar och den därför ansågs överflödig.

Under litteratursökningen uppmärksammades det att kunskapen kring sjuksköterskors upplevelser av hjärtstopp var begränsad och därför valdes både kvalitativa och kvantitativa artiklar för att få en större bredd på resultatet och för att undersöka olika aspekter av området. Av de artiklar som valdes till resultatet var två kvantitativa, sju kvalitativa och två både kvalitativa och kvantitativa. Artiklarna granskades utifrån Carlsson och Eimans (2003) mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa och kvantitativa artiklar. De artiklar som enligt mallen ansågs vara av låg kvalitet valdes bort för att studien skulle bli mer trovärdig. Av de vetenskapliga artiklarna var en från Sverige, en från Irland, två från Australien, en från England, fyra från USA, en från Kanada och en från Sydafrika vilket gav arbetet en bred syn på sjuksköterskans upplevelser. I och med att dessa länder har en likartad sjukvård som Sverige är det enkelt att applicera resultatet på svensk sjukvård. En svaghet i studien är att artiklar från resten av världen inte finns med i resultatet, vilket innebär att endast västerländska sjuksköterskors upplevelser diskuteras.

De kvalitativa artiklarna som valdes till litteraturstudien granskades utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Trovärdighetsbegreppet innefattar bland annat giltigheten på resultatet och om kunskapen är rimlig (Wallengren & Henricson, 2013). Många av forskarna i artiklarna använde sig av ”peer debriefing” där de tillsammans med kollegor, vänner eller studiekamrater diskuterade den första preliminära tolkningen av resultatet för att försäkra sig om ett giltigt resultat. Detta visar på att artiklarna är trovärdiga. Pålitlighetsbegreppet innebär att författarna påvisar hur deras förståelse kan påverka resultatet samt beskriver vem som utfört intervjuerna och transkriberat dem (Wallengren & Henricson, 2013). Flertalet av artikelförfattarna visar detta i sina artiklar genom att de på ett utförligt sätt

i sin metodbeskrivning redovisat dessa faktorer. Enligt begreppet bekräftelsebarhet bör författarna beskrivit hur länge datainsamlingen pågått och på ett utförligt sätt beskrivit urvalet (Wallengren & Henricson, 2013) vilket flera av artikelförfattarna gjort. Överförbarhet avser att resultatet är överförbart till andra situationer, grupper eller kontext (Wallengren & Henricson, 2013) vilket gäller flera av artiklarna då författarna på ett tydligt sätt diskuterat detta. De kvantitativa artiklarna granskades utifrån termerna validitet och reliabilitet. Validitet innebär att studien granskar det fenomen som den har syfte att granska och reliabilitet handlar om mätinstrumentets pålitlighet gällande reproducerbarhet (Wallengren & Henricson, 2013). Vid granskning av resultatartiklarna uppmärksammades det att flertalet författare tagit hänsyn till validitet genom att deras resultat motsvarade deras syfte. Flertalet av författarna beskrev dessutom reproducerbarheten av deras mätinstrument genom att noggrant förklara hur de gått till väga. Detta medförde att artiklarna ansågs vara av vetenskaplig kvalitet. För att vidare granska om artiklarna var av vetenskaplig kvalitet användes Carlsson och Eimans (2003) mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa och kvantitativa artiklar. Huvudsakligen användes artiklar av grad I men artiklar av grad II inkluderades också då deras resultat ansågs relevant för studien och resultatet utan dessa artiklar blivit bristfälligt. Vissa av artiklarna erhöll låga poäng i granskningsmallen men var fortfarande av grad II och innehållet ansågs betydelsefullt för arbetet. Detta kan vara en svaghet för studien då trovärdigheten och pålitligheten påverkas. Då ingen tidigare erfarenhet fanns gällande användning av granskningsmallarna eller skrivande av vetenskapliga arbeten kan det ha lett till en svaghet i arbetet då artiklarnas innehåll kan ha blivit felbedömt.

Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle handla om legitimerade sjuksköterskor, att de skulle vara skrivna på engelska eller svenska och att hjärtstoppet skulle ha inträffat på vuxna patienter inom slutenvården. Artiklarna skulle även vara peer-reviewed. Till en början inkluderades även sjuksköterskestudenters upplevelser, men då det inte var relevant för syftet blev det istället ett exklusionskriterium. Övriga exklusionskriterier var ambulanssjuksköterskors eller annan vårdpersonals upplevelser eftersom det krävs en specialistutbildning och denna studie främst riktar sig mot allmänsjuksköterskan. Ambulanssjukvårdarnas arbete gällande HLR sker dessutom mestadels utanför sjukhus vilket inte blir relevant för syftet. Gränsen 18 år sattes på grund av att upplevelser av att vårda dessa personer blir annorlunda delvis på grund av att tillvägagångssättet kring HLR skiljer sig. Även artiklar som behandlade 0-HLR exkluderades på grund av att studien inriktade sig på upplevelser kring HLR. 0-HLR är dessutom ett beslut som fattas innan händelsen sker och innefattar en form av etisk diskussion. Detta kan därför upplevas på ett annat sätt än generella upplevelser kring HLR. Till en början begränsades tidsintervallet från 2005-2015, men då detta gav färre artiklar och då det märktes att det inte fanns mycket forskning kring ämnet ökades intervallet. Eftersom förfarandet kring HLR inte har ändrats väsentligt ur upplevelsesynpunkt ansågs det att en begränsning av årtal inte var

nödvändig. Detta gäller även artiklarna kring historik i bakgrunden. Detta kan dock ses som en svaghet för studien då innehållet kan vara aningen förlegat.

MeSH- termer och trunkeringar genererade ett stort antal artiklar. Sökningarna redovisas i tabellerna A, B och C. Nyckelorden som användes i arbetet var cardiac arrest (hjärtstopp), CPR (HLR), in-hospital (slutenvård), experience (upplevelse/erfarenhet), nurse (sjuksköterska), perception (upplevelse/erfarenhet), code blue emergencies (kod som används på sjukhus vid hjärtstopp) och nursing care (sjuksköterskans omvårdnad). Sökordet cardiac arrest inkluderades då hjärtstopp är en vanlig anledning till att hjärt- och lungräddning initieras. Eftersom ordet upplevelse har flera engelska motsvarigheter tolkades orden attitudes, perceptions, view och experience som relevanta. Deras betydelser liknar varandra och synvinklar utifrån alla sökorden eftersöktes för att inte exkludera relevant resultat. Noggranna överväganden kring vilka artiklar som var relevanta utifrån ordet upplevelse genomfördes. Sökningar med sökorden code blue emergencies och resuscitation redovisas inte i sökhistoriken i CINAHL då dessa sökningar inte genererade nya resultat. De valda sökorden ansågs generera relevanta artiklar till syftet.

Forskarens tidigare upplevelser och erfarenheter kan ha påverkan på studiens resultat (Priebe & Landström, 2013). En viss förförståelse fanns då deltagande i HLR-situationer under yrkeslivet skett. Förförståelsen ansågs inte påverka studiens resultat då artiklarna granskades med ett öppet sinne samt med en medvetenhet om förförståelsens inverkan.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskorna ansåg att regelbunden HLR- utbildning krävdes för att upprätthålla kunskaper, skapa trygghet och kontroll över situationen (Sjöberg et al., 2015; Price et al., 2012; Ransie et al., 2008). Utbildningen bör innehålla det praktiska genomförandet av HLR för att skapa rutiner samt reflektioner kring eventuella problem som kan uppstå under tiden. Utan trygghet kan patientsäkerheten bli lidande och det är därför av vikt att det finns väl invanda rutiner för sjuksköterskan att följa. Kontinuerlig feedback under utbildningen kring vad som kunnat göras annorlunda eller bättre är också av vikt att diskutera. Vissa sjuksköterskor tyckte inte att simuleringarna efterliknade verkligheten och därför var bristfälliga (Page et al., 1995). Studier visar att HLR- simuleringar för att göra mest nytta bör efterlikna verkligheten i största möjliga mån (Jones, Handley, Whitfeld, Newcombe & Chamberlain, 2007) och det kan därför vara till fördel att använda verklighetstroga dockor samt skapa scenarier som efterliknar verkligheten. En studie beskriver hur användandet av HLR- datorspel främjar sjuksköterskors kognitiva funktion vid HLR- utförandet (Prensky, 2001), vilket skulle kunna implementeras tillsammans med dockor och scenarier. Detta hade kanske förenklats appliceringen av sjuksköterskornas kunskaper på HLR situationer och därmed minskat stress och oro i samband med utförandet.

Akuta situationer är bland de mest känslomässigt krävande händelserna sjuksköterskor kan uppleva oavsett vilken situation det gäller (De Boer, Van Rikxoort, Bakker & Smit, 2014). Känslor som kunde uppstå i en situation som kräver hjärt- och lungräddning var stress, ångest, oro, osäkerhet och förvirring (Cole et al., 2001; Laws, 2001; Sjöberg et al., 2015; Ranse et al., 2008). Dessa känslor kunde för vissa sjuksköterskor leda till försämring av den kognitiva funktionen och därmed ett sämre utförande av HLR (Page et al., 1995). Vid ett hjärtstopp kan sjuksköterskan känna ett stort ansvar då varje misstag kan leda till allvarliga skador hos patienten eller att patienten inte överlever. Kontinuerlig utbildning kan här bidra till att minska osäkerhet hos sjuksköterskan. Ju mer övning desto mer dämpas de negativa känslorna kring utförandet och sjuksköterskan får rutin i arbetet. Debriefing efter händelsen är också ett sätt att hantera de känslor som uppstår (Sjöberg et al., 2015; Page et al., 1995; Ranse et al., 2008; Price et al., 2012; Drotske et al., 2007; Laws, 2001; Rutherford- Hemming et al., 2003; Pups et al., 1997). Utan någon form av bearbetning av dessa känslor kan händelsen skapa post-traumatisk stress, depression eller ångest. Den kan även orsaka ett dåligt beteende hos sjuksköterskan gentemot patienter då undanträngda känslor kan komma upp till ytan på ett olämpligt sätt (De Boer et al., 2014). Dessa känslor kan även leda till att sjuksköterskor väljer att säga upp sig i förtid eller blir sjukskrivna under en längre tid. Detta är något som skapar problem då det finns en brist på sjuksköterskor och det bör därför fokuseras mer på att värna om de befintliga sjuksköterskorna. Sjöberg et al., (2015) nämner att ett fåtal av sjuksköterskorna däremot ansåg att situationen gjorde dem mer fokuserade och att de redan kände sig trygga. Vidare forskning kring varför sjuksköterskornas upplevelser skiljer sig hade varit av intresse för att få insikt i varför vissa påverkas mer av händelsen än andra. Detta för att alla ska känna samma trygghet i situationen.

De moment som uppfattades som mest påfrestande var defibrillering och administrering av läkemedel, medan dokumentation kändes som en bekväm uppgift att inta (Price et al., 2012; Ranse et al., 2008). En anledning till varför de kände sig obekväma med defibrillering var att några sjuksköterskor hade varit med om en olycka i samband med användandet av defibrillatorn (Laws, 2001). Att utrustningen är säker och enkel att använda blir därför en förutsättning för att sjuksköterskan ska känna sig trygg i användandet. Idag används mest halvautomatiska defibrillatorer på sjukhus, men det finns även helautomatiska maskiner. Vid användandet av helautomatiska defibrillatorer har studier påvisat att det sker färre antal fel och att säkerheten ökar (Monsieurs, Vogels, Bossaert, Meert & Calle, 2005) och det kan därför vara fördelaktigt för sjuksköterskorna att få möjlighet att använda sådana defibrillatorer för att minska oron kring utförandet. Gällande administrering av läkemedel i en HLR- situation är det många läkemedel som ska hanteras (HLR- rådet, 2013) vilket kan vara en anledning till varför de känner sig obekväma med uppgiften. Sjuksköterskorna kunde uppleva en försämrad kognitiv funktion i den stressiga situationen (Sjöberg et al., 2015; Page et al., 1995) vilket kunde göra läkemedelshanteringen problematisk. Det kan vara till fördel att använda sig av mallar

som beskriver tillvägagångssättet och i vilken ordning läkemedel ska administreras. Det har utvecklats handlingsplaner där det väl beskrivs både genom bilder och text hur genomförandet av HLR- situationen bör se ut där även läkemedelshantering ingår (HLR- rådet, 2011). Detta är något som skulle kunna finnas på alla avdelningar för att främja sjuksköterskors trygghet i utförandet av HLR. En sak som ses som problematiskt är att sjuksköterskor väljer att dokumentera framför att delta i utförandet av HLR. Det är i utförandet som sjuksköterskor har möjlighet att utvecklas och lära sig genom aktivt deltagande. De har även möjlighet att använda sina kunskaper för att påverka slutresultatet. När sjuksköterskor väljer att dokumentera istället för att använda sin yrkeskompetens har sjuksköterskeutbildningen brutit. Frågor kring huruvida sjuksköterskorna har dåliga erfarenheter av HLR eller inte får möjlighet att delta blir aktuella. Att delta i en hjärt- och lungräddnings-situation kan kräva mycket träning för att alla moment ska kännas lika enkla att utföra.

För att få ett strukturerat och ordningsamt återupplivningsförsök spelade antalet sjuksköterskor på platsen en stor roll. Brist på personal kunde upplevas som stressande (Sjöberg et al., 2015). I dagsläget när det är ont om personal på sjukhusen uppstår en problematisk situation för sjuksköterskan. Ett exempel i dagsläget är att det ofta hyrs in bemannings- eller resurspersonal som inte har utvecklat ett rutinarbete med gruppen på avdelningen. Den ordinarie personalen får möjlighet till HLR-träning med jämna mellanrum där de kan öva in rutiner kring vem som gör vad vid ett hjärtstopp. Samarbetsrutiner är något som bemanningssjuksköterskorna missar vilket kan skapa en osäkerhet hos sjuksköterskan kring vem som gör vad när HLR-situationen uppstår och kring var utrustningen finns. För att motverka denna osäkerhet kan det vara fördelaktigt att alla avdelningar har ett enhetligt system för var utrustningen bevaras samt att bemanningssjuksköterskorna får inskolning kring bland annat HLR- rutiner på varje avdelning.

Erfarenheter av döden blev problematiska för sjuksköterskorna och enda gången situationen ansågs vara lyckad var när patienten överlevde (Page et al., 1995). Etiska dilemman kan uppstå även om patienten överlevt situationen då livskvalitet ställs mot livskvantitet. Ett för sjuksköterskan känslomässigt dilemma blir hur mycket skador patienten ska utsättas för innan HLR avbryts. Även om HLR leder till ett lyckat återupplivningsförsök kan de skador som uppstått till följd av syrebristen och kompressionsbehandlingen påverka patienten negativt efteråt och livskvaliteten kan bli lidande. Det kan därför vara svårt för sjuksköterskan att hitta en balans i detta och åsidosätta egna värderingar då det genom behandlingen kan ha skapats ett nytt lidande. Sjuksköterskor ska enligt ICN:s etiska kod (2014) lindra lidande vilket sjuksköterskorna i denna situation inte kunnat göra. Det är viktigt att känslor och tankar ventileras så att till exempel skuld-känslor inte ligger kvar och plågar sjuksköterskan i efterhand. Debriefing kan vara ett verktyg för att bearbeta situationen. Genom debriefing finns möjlighet att bearbeta känslor och genom konstruktiv feedback förbättra utförandet (Drotske et al., 2007). Då sjuksköterskor

enligt ICN:s etiska kod (2014) har ett personligt ansvar att genom kontinuerligt lärande bevara sin yrkeskompetens blir debriefing en bra metod för att främja sjuksköterskans utveckling.

Sjuksköterskorna upplevde att det inte fanns någon skriftlig policy kring att ha anhöriga närvarande i återupplivningssituationen (Madden et al., 2007). I och med att sjuksköterskorna inte har några riktlinjer väljer de att hantera situationen på olika sätt vilket leder till en inkonsekvent och icke-evidensbaserad vård. Detta kan leda till osäkerhet hos sjuksköterskorna som kan få svårt att veta hur de ska gå tillväga. Dock kan det även leda till att sjuksköterskorna samlar på sig ny kunskap. Eftersom alla är olika kan någon komma med knep som fungerar väl just i den unika situationen på avdelningen. Brist på riktlinjer kan därför ses både som något positivt och negativt men i slutändan ses riktlinjer som en fördel för att underlätta för sjuksköterskors beslutstagande. Det krävs mer forskning kring ämnet för att kunna utveckla riktlinjerna. Hos de sjuksköterskor som valde att låta anhöriga närvara fanns både positiva och negativa aspekter (Miller et al., 2009). Att dela en så emotionellt påfrestande händelse kunde leda till att det skapades ett band vilket ledde till en form av trygghet, säkerhet och samspel mellan sjuksköterskan och familjen. Även om sjuksköterskans primära ansvar ligger i att hjälpa människor i behov av vård (International council of nursing, 2014) kan det för sjuksköterskan vara en tröst att även om det inte gick att rädda patienten finnas där för de anhöriga, som också är en av sjuksköterskans skyldigheter. Det är dock viktigt att denna relation hålls på en professionell nivå för att sjuksköterskan inte ska bli för involverad och riskera att bränna ut sig. Miller et al. (2009) och Madden et al. (2007) belyser att negativa känslor associerade med anhörignärvaro kunde vara rädslan för missuppfattningar eller feltolkningar. För att hantera situationen kunde sjuksköterskor använda sig av copingmekanismer i form av bland annat skratt, vilket för de anhöriga kunde uppfattas som nonchalans (Miller et al., 2009). I sådana situationer kan det behövas en sjuksköterska som specifikt fokuserar på de anhöriga för att förklara eventuella missuppfattningar eller feltolkningar.

Det krävs vidare forskning kring sjuksköterskors upplevelser av HLR för att utforska varför de upplever och påverkas på det sätt de gör i återupplivningsförsök. Detta för att alla sjuksköterskor ska vara lika kompetenta och känna sig bekväma i situationen utan att stressen, ångesten och oron påverkar resultatet och sjuksköterskornas vidare yrkesutövande.

Konklusion

Sjuksköterskors upplevelser kring HLR varierar. Känslor av stress, osäkerhet, oro och ångest präglar upplevelsen för de flesta men det finns även undantag där sjuksköterskorna inte upplever situationen som emotionellt påfrestande. Närvarandet av patientens anhöriga under återupplivningen skapar både positiva och negativa

upplevelser hos sjuksköterskan. Närvaron fick sjuksköterskorna att uppleva uppskattning och bekräftelse då de närstående fått en annan förståelse för situationen och sett att sjuksköterskorna gjort allt de kunnat. Sjuksköterskorna upplevde även minskad ångest inför att lämna besked om resultatet av återupplivningen. Negativa aspekter kunde vara att de närstående kunde tolka situationen och sjuksköterskornas kommentarer fel eller påverka sjuksköterskornas koncentration. Regelbunden HLR-träning och debriefing kan skapa trygghet hos sjuksköterskan och på så sätt främja en bättre och mer patientsäker vård.

Implikation

Litteraturstudien belyser sjuksköterskornas känslor och upplevelser i en HLR-situation. Detta kan vara till hjälp vid utformandet av sjuksköterskors HLR-utbildning för att optimera deras HLR-utövande. Aktuell forskning skapar en viss förståelse för hur sjuksköterskor upplever återupplivningsförsök inom slutenvården men ytterligare forskning behövs för att skapa en bättre förståelse för de faktorer som påverkar upplevelserna. Studien påvisar att förståelse kring varför vissa sjuksköterskor hanterar situationen bättre än andra trots likartad utbildning också är av intresse att forska vidare om. Vidare forskning krävs även för att hjälpa sjuksköterskor att bli tryggare i sitt yrkesutövande specifikt vid HLR. Genom att tydliggöra sjuksköterskors upplevelser kring HLR kan kommande sjuksköterskor få bättre förutsättningar för att hantera situationen, vilket kan leda till en mer patientsäker vård.

Referenser

Resultatartiklar betecknas med * framför referensen.

Albert, N. (2007). Non-ST segment elevation acute coronary syndromes: Treatment guidelines for the nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(6), 277-289. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00227.x

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad – studiematerial för undervisning inom projektet "evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Rapport nr 2. Malmö: Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö Högskola. http://portal.omv.lu.se/publicfiles/uppsatsanvis/rapport_hs_05b.pdf

Christakis, N.A., & Allison, P.D. (2006). Mortality after the hospitalization of a spouse. *The New England Journal of Medicine*, 354, 719-730. doi: 10.1056/NEJMsa050196

*Cole, F.L., Slocumb, E.M., & Muldoon-Mastey, J. (2001). A measure of critical care nurses' post-code stress. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 281-288. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01756.

Davis, J.A. (2013, 12 feb). Critical incident stress debriefing from a traumatic event. *Psychology Today*. Hämtad 2016-11-09, från <https://www.psychologytoday.com/blog/crimes-and-misdemeanors/201302/critical-incident-stress-debriefing-traumatic-event>

De Boer, J., Van Rikxoort, S., Bakker, A.B., Smit, B.J. (2014). Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. *Nursing in Critical Care*, 19(4), 166-174. doi: 10.1111/nicc.12020

Dowd, T. (2014). Theory of Comfort. In M.R. Alligood (Ed), *Nursing theorists and their work* (s.657-671). St Louis: Mosby.

*Drotske, J.S., & De Villiers, P.J.T. (2007). Resuscitation debriefing for nurses at the accident and emergency unit of St Dominique's hospital in East London (South Africa). *South African Family Practice*, 49(10), 17-17d. doi: 10.1080/20786204.2007.10873653

Forsberg, C., & Wengström, I. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Haavardsholm, I., & Nåden, D. (2009). The concept of confidence - the nurse's perception. *European Journal of Cancer Care*, 18, 483-491. doi: 10.1111/j.1365-2354.2008.00993.x

Holmberg, S. (2005). Hjärtstopp. I L. Wallentin (red), *akut kranskärlssjukdom* (s.67-77). Stockholm: Liber.

International council of nursing. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. (Rev.utg.). Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

- Jones, I., Handley, A.J., Whitfield, R., Newcombe, R., & Chamberlain, D. (2007). A preliminary feasibility study of a short DVD- based distance- learning package for basic life support. *Resuscitation*, 75, 350-356. doi: 10.1016/j.resuscitation.2007.04.030
- Journal of Advanced Nursing. (2014). *Best practice guidelines on publishing ethics: the publisher's perspective*. Hämtad 2016-11-08, från <http://media.wiley.com/assets/7324/10/Best-Practice-Guidelines-on-Publishing-Ethics-2ed.pdf>
- Kjellström, S. (2013). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 70-92). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kolcaba, K.Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184. doi: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x
- *Laws, T. (2001). Examining critical care nurses' critical incident stress after in hospital cardiopulmonary resuscitation. *Australian Critical Care*, 14(2), 76-81.
- *Madden, E., & Condon, C. (2007). Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during CPR. *Journal of Emergency Nursing*, 33, 433-440. doi: 10.1016/j.jen.2007.06.024
- Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. doi: 10.1037/h0054346
- *Miller, J.H., & Stiles, A. (2009). Family presence during resuscitation and invasive procedures: The nurse experience. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1434-1442. doi: 10.1177/1049732309348365
- Mosieurs, K.G., Vogels, C., Bossaert, L.L., Meert, P., & Calle, P.A. (2005). A study comparing the usability of fully automatic versus semi-automatic defibrillation by untrained nursing students. *Resuscitation*, 6(1), 41-47. doi: 10.1016/j.resuscitation.2004.07.003
- Mäkinen, M., Niemi-Murola, L., Kaila, M., & Castrén, M. (2009). Nurses' attitudes towards resuscitation and national resuscitation guidelines- nurses hesitate to start CPR-D. *Resuscitation*, 80, 1399-1404. doi: 10.1016/j.resuscitation.2009.08.025
- *Page, S., & Meerabeau, L. (1995). Nurses' accounts of cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 317-325. doi: 10.1046/j.1365-2648.1996.18413.x
- Perkins, G.D., Handley, A.J., Koster, R.W., Castrén, M., Smyth, M.A., Olasveengen, T ... Soar, J. (2015). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015: section 2- adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*, october 2015, 81-99. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.015
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants. *On the Horizon*, 9(5), 1-6. doi: 10.1108/10748120110424816

- *Price, J.W., Applegarth, O., Vu, M., & Price, J.R. (2012). Code blue emergencies: A team task analysis and educational initiative. *Canadian Medical Education Journal*, 3(1) 4-20.
- Priebe, G., & Landström, C. (2013). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod* (32-50). Lund: Studentlitteratur AB.
- *Pups, G.M., Weyker, J.D., & Rodgers, B.L. (1997). Nurses' reactions to participation in cardiopulmonary resuscitation on the nursing unit. *Clinical Nursing Research*, 6(1), 59-70. doi: 10.1177/105477389700600106
- *Ranse, J., & Arbon, P. (2008). Graduate nurses' lived experience of in-hospital resuscitation: A hermeneutic phenomenological approach. *Australian Critical Care*, 21, 38-47. doi: 10.116/j.aucc.2007.12.001
- *Rutherford- Hemming, T., Hudson, M.F., Durham, C., & Richuso, K. (2003). Effective resuscitation by nurses: perceived barriers and needs. *Journal for Nurses in Staff Development*, 19(5), 254-259. doi: 10.1097/00124645-200309000-00009
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2003:460. *Etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Simpson, E. (2016). In- hospital resuscitation: recognising and responding to adults in cardiac arrest. *Nursing Standard*, 30(51), 50-61. doi: 10.7748/ns.2016.e10483
- *Sjöberg, F., Schönning, E., & Salzman-Erikson, M. (2015). Nurses' experience of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2522-2528. doi: 10.1111/jocn.12844
- Svenska rådet för hjärt- lungräddning. (2012). *Hjärtstopp på sjukhus*. Hämtad 2016-10-20, från <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/Hjartstopp-pa-sjukhus-rev-2012.pdf>
- Svenska rådet för hjärt- lungräddning. (2014). *Svenska hjärt-lungräddningsregistrets årsrapport 2014*. Hämtad: 2016-10-06, från <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/Svenska-HLR-registret-Arsrapport-2014.pdf>.
- Svenska rådet för hjärt- lungräddning. (2015). *Nya riktlinjer i HLR 2015*. Hämtad 2016-11-11, från <http://www.hlr.nu/fakta-riktlinjer/nya-riktlinjer-hlr-2015/>
- Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2011). *A-HLR Vuxen – Avancerad hjärt-lungräddning*. Hämtad 2016-11-17, från <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/Handlingsplan-AHLR-Vuxen-2011.pdf>

- Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2013). *Svenska riktlinjer för hjärt- lungräddning 2013*. Hämtad 2016-11-15, från <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/Medicinska-riktlinjer-Svenska-radet-for-hjart-lungraddning-2011-Sammanfattning-Rev-130401.pdf>
- Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2016). *S-HLR*. Hämtad 2016-10-06, från <http://www.hlr.nu/s-hlr/>
- Valentinuzzi, M.E. (2010). *Cardiac fibrillation- defibrillation – clinical and engineering aspects*. World scientific publishing company, ebrary, Inc.
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2013). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 482-496). Lund: Studentlitteratur AB.
- Wallentin, L., & Stenestrand, U. (2005). Akut kranskärslssjukdom- introduktion och epidemiologi. I L. Wallentin (Red), *Akut kranskärslssjukdom* (s. 10-21). Stockholm: Liber.
- Vårdhandboken. (2016). *Omhandertagande av den döde*. Hämtad 2016-10-06, från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Dodsfall-atgarder-inom-halso--och-sjukvard/Omhandertagande-av-den-dode/>

Tabell A: Sökordsöversikt

Sökord	CINAHL	Pubmed
Sjuksköterskans omvårdnad	Nursing care* (fritext)	Nursing care* (MeSH)
Slutenvård	In- hospital* (fritext)	In- hospital* (MeSH)
Hjärtstopp	Cardiac arrest* (fritext)	Cardiac arrest* (MeSH)
HLR	CPR (fritext) OR cardiopulmonary resuscitation	CPR (MeSH)
Sjuksköterska	Nurs* (fritext)	Nurs* (MeSH)
Upplevelse	Experienc* (fritext) OR perception*	Experienc* (MeSH) OR Perception* (MeSH)
Återupplivning	Resuscitat*	Resuscitat*
Code blue emergencies		Code blue emergencies

Tabell B: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
161017	CINAHL	Nursing care* AND in-hospital AND cardiac arrest*	53	30	2	0
161017	CINAHL	Cardiac arrest* AND nurs* AND experienc* AND in-hospital*	65	35	1	0
161017	CINAHL	Cardiac arrest* AND nurs* AND CPR AND in- hospital*	28	19	0	0
161017	CINAHL	Nurs* AND experienc* OR perception* AND cardiopulmonary resuscitation OR CPR	238	122	5	4
161018	Pubmed	CPR [MeSH] AND nurs* [MeSH] AND cardiac arrest [MeSH] AND experienc* [all fields]	14	14	2	0
161018	Pubmed	Nurs* [MeSH] AND cardiac arrest [MeSH] AND experienc* [all fields]	35	20	2	0
161018	Pubmed	Nurs* [MeSH] AND experienc* [all fields] AND CPR [MeSH]	71	32	4	3
161018	Pubmed	Nurs* [MeSH] AND experienc* [all fields] AND resuscitat* [MeSH]	248	105	2	1
161018	Pubmed	Code blue emergencies AND Nurs* [MeSH] AND experienc* [MeSH]	19	19	1	1
161018	Pubmed	Nurs* [MeSH] AND resuscitat* [MeSH] AND perceiv* [MeSH]	154	92	1	1
161018	Manuell sökning utifrån artiklars referenslistor				1	1

Tabell C: Artikelöversikt

Artikel 1

Referens	Cole, F.L., Slocumb, E.M., & Muldoon-Mastey, J. (2001). A measure of critical care nurses' post code stress. <i>Journal of advanced nursing</i> , 34(3), 281-288. doi: 10.1046/j.1365/2648.201.01756.x
Land Databas	USA Pubmed
Syfte	Att utveckla ett instrument för att mäta stressen som uppstår hos intensivvårdssjuksköterskor efter kritiska situationer (Post-code) och undersöka dess psykometriska egenskaper.
Metod: Design	Kvantitativ metod Biddles Role Theory
Urval	Studien genomfördes genom ett bekvämlighetsurval av intensivvårdssjuksköterskor från fyra institutioner i nordöstra USA.
Datainsamling	Likertskalade frågeformulär med adresserade svarskuvert delades ut till deltagarna som efter att de fullbordat enkäten skickade tillbaka den till forskarna via post. Deltagarna fick möjlighet att delta i studien en andra gång tio dagar efter första omgången för att testa frågornas reliabilitet.
Dataanalys	Psykometriska tester användes för att testa enkätens reliabilitet och validitet. Chi- square- analyser användes bland annat på de demografiska variablerna, antalet års erfarenhet och antalet återupplivningsförsök inledda samma år för att testa om sjuksköterskorna från de fyra sjukhusen kunde ses som medlemmar i samma population, vilket de kunde. Innehållet analyserades genom "principal components factor analysis with varimax rotation" för att utforska objektens dimensioner och uppnå validitet.
Bortfall	Svarsfrekvensen för de fyra sjukhusen var i medel 44 %.
Slutsats	Sjuksköterskor som upplever stress omstrukturerar sina förväntade roller eller minskar sitt engagemang genom att distansera sig. För att distansera sig från situationen kan de använda sig av exempelvis olämplig humor eller nonchalans för situationen.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I: 81 %.

Artikel 2

Referens	Drotske, S., & De Viliers, P.J.T. (2007). Resuscitation debriefing for nurses at the Accident and Emergency Unit of St Dominique's Hospital in East London (South Africa). <i>South African Family Practice</i> , 49(10), 17a-17d.
Land Databas	Sydafrika Manuell sökning
Syfte	Att utforska debriefing efter återupplivning genom sjuksköterskans ögon.
Metod: Design	Kvalitativ metod Ej angiven
Urval	12 sjuksköterskor som deltagit i återupplivningsförsök valdes slumpmässigt från ett sjukhus i Sydafrika.
Datainsamling	En pilotstudie utfördes på ett sjukhus 200 km ifrån den slutgiltiga studiens sjukhus för att testa intervjufrågorna. Semistrukturerade intervjuer utfördes av en erfaren sjuksköterska som inte arbetade på avdelningen. Intervjuerna spelades in och transkriberades.
Dataanalys	Informationen från intervjuerna analyserades av forskaren. Ingen vidare analysmetod angiven.
Bortfall	Två sjuksköterskor avböjde på grund av personliga skäl.
Slutsats	Sjuksköterskorna upplevde att kvaliteten på debriefingen de fick på avdelningen var otillräcklig och borde utföras i större utsträckning. Sjuksköterskornas upplevelser av återupplivning som diskuterades i debriefingen var blandade. Vissa påverkades inte alls av händelsen utan tyckte att det var en del i arbetet medan andra kände sig oroliga, arga och stressade både under och efter försöket.
Vetenskaplig kvalitet	Grad II: 79 %.

Artikel 3

Referens	Laws, T. (2001). Examining critical care nurses' critical incident stress after in hospital cardiooumonary resuscitation. <i>Australian Critical Care</i> , 14(2), 76-81.
Land Databas	Australien CINAHL
Syfte	Bestämma huruvida sjuksköterskors emotionella reaktion på att ha utfört hjärt- och lungräddning var ett tecken på posttraumatisk stress.
Metod: Design	Kvalitativ/kvantitativ metod Deskriptiv design
Urval	31 intensivvårdssjuksköterskor på ett sjukhus i Australien.
Datansamling	Likertskalade enkäter med 16 påståenden som designades med inspiration av Horowitz Impact of event scale (IES) användes. De deltagare som besvarat enkäterna erbjöds att delta i djupare intervjuer som varade i ca en timme per intervju. Intervjuerna spelades in och transkriberades.
Dataanalys	Enkätsvaren analyserades varefter innehållet i intervjuerna undersöktes efter koder och teman som var i överensstämmelse med litteratur som beskrev Critical Incident Stress Debriefing (CIS). Detta resulterade i nya teman.
Bortfall	31 av 43 enkäter besvarades, vilket utgjorde en 71 % svarsfrekvens. Två sjuksköterskor avslutade sin tjänst och valde därför att avböja den uppföljande intervjun.
Slutsats	Författarna hade ingen slutsatsrubrik i artikeln, därför redovisas en sammanfattning av deras diskussion. Brist på sjuksköterskor och ökade krav på kunskap var upplevelser som diskuterades i samband med HLR. Medicinsk personal och förbättring i tillgänglighet och kvalitetsutrustning minskade stress i samband med utförandet. En stor andel av deltagarna beskrev att de upplevt ett brett spektrum av känslomässiga och fysiska reaktioner i samband med utförandet. Många av sjuksköterskorna uppgav att dessa reaktioner minskade med tiden i och med att de blev mer erfarna.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I: 88 %.

Artikel 4

Referens	Madden, E., & Condon, C. (2007). Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during CPR. <i>Journal of emergency nursing</i> , 33, 433-440. doi: 10.1016/j.jen.2007.06.024
Land Databas	Irland Pubmed
Syfte	Att undersöka akutvårdssjuksköterskors upplevelser av familjebevitnad HLR på akutvårdsavdelningen.
Metod: Design	Kvantitativ metod Kvantitativ beskrivande design
Urval	Bekvämlighetsurval från ett sjukhus i Irland. 100 enkäter skickades ut till sjuksköterskor som deltagit i HLR på sjukhuset, varav 90 besvarades.
Datainsamling	Enkäter med 15 slutna frågor som innan studien genomfördes validerats av en panel av experter bestående av sjuksköterskor och läkare. Innan den slutgiltiga studien genomfördes gjordes även en pilotstudie på 10 sjuksköterskor för att testa studiens reliabilitet.
Dataanalys	Informationen analyserades med hjälp av Statistical Package for Social Scientists (SPSS), version 12. Informationen screenades för att identifiera och koda data och procentsatsen av den demografiska informationen räknades ut.
Bortfall	90/100 enkäter besvarades, vilket gav ett bortfall på 10 %.
Slutsats	Det finns ett behov av skrivna riktlinjer kring familjebevitnad HLR på sjukhuset för att möta sjuksköterskornas, patienternas och familjernas behov gällande säker och konsekvent vård.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I: 83 %.

Artikel 5

Referens	Miller, J.H., & Stiles, A. (2009). Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures: The Nurse Experience. <i>Qualitative Health Research, 19(10)</i> 1434-1442. doi: 10.1177/1049732309348365
Land Databas	USA Pubmed
Syfte	Att förstå sjuksköterskans upplevelse av att ha patientens närstående närvarande under hjärt-lungräddning eller invasiva ingrepp.
Metod: Design	Kvalitativ metod Hermeneutisk fenomenologisk ansats
Urval	17 sjuksköterskor som deltagit i hjärt-lungräddning när patientens familj var närvarande från olika sjukhus i en mindre region.
Datansamling	Semistrukturerade personliga eller telefonintervjuer genomfördes och spelades in på deltagarens arbetsplats, hem, en lokal kyrka, ett lokalt bibliotek eller via telefon. Varje intervju varade mellan 30-60 minuter.
Dataanalys	Van Manens temaanalys användes för att analysera datan intervjuerna genererat. Alla intervjuer transkriberades. Forskaren läste tillsammans med en peer-reviewer varje transkript ett flertal gånger varefter teman identifierades. Varje tema reviderades flera gånger till dess att forskaren och peer-reviewern var överens om fyra slutgiltiga teman, nio major clusters och nio minor clusters.
Bortfall	Ej angivet.
Slutsats	Upplevelserna av att familjen deltog vid situationen varierade. Sjuksköterskorna var mestadels positiva och uttryckte fyra huvudsakliga teman som var: skapa en relation med familjen, involvera familjen, övergång till acceptans och försiktighet i beslutandet kring huruvida familjen skulle få vara med eller inte. De som uttryckte negativa tankar upplevde främst att familjen kunde vara en distraktion.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I: 89 %

Artikel 6

Referens	Page, S., & Meerabeau, L. (1995). <i>Nurses accounts of cardiopulmonary resuscitation. Journal of Advanced Nursing</i> , 24(2) 317-325. doi: 10.1046/j.1365-2648.1996.18413.x
Land Databas	England CINAHL
Syfte	Utforska sjuksköterskors upplevelse av HLR.
Metod: Design	Kvalitativ metod Ej angiven.
Urval	20 sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter på ett sjukhus.
Datainsamling	Debriefingsessioner som varade i 45 minuter vardera och som utfördes under en sexmånadersperiod på avdelningen så snart efter hjärtstoppet som möjligt. Alla sessionerna spelades in och transkriberades. Forskaren ledde sessionerna för att hjälpa deltagarna reflektera över händelsen.
Dataanalys	Sessionerna transkriberades och bröts ned i teman för att analyseras.
Bortfall	Ej redovisat.
Slutsats	För att hantera ångesten och stressen kring situationen använde sig sjuksköterskorna av copingmekanismer som kunde variera från sorg till skratt och från att de öste ur sig känslorna till att de förhöll sig professionella. Ovissheten kring huruvida patienten skulle överleva eller inte och huruvida situationen skulle bli lyckad eller misslyckad var stressande. Patientens värdighet upprättades efter döden då sjuksköterskorna kunde ta hand om patienten på ett värdigt och respektfullt sätt trots att situationen blivit misslyckad.
Vetenskaplig kvalitet	Grad II: 71 %.

Artikel 7

Referens	Price, J.R., Applegarth, O., Vu, M., & Price, R.j. (2012). Code Blue Emergencies: A Team Task Analysis and Educational Initiative. <i>Canadian Medical Education Journal</i> , 3(1) 4-20.
Land Databas	Kanda Pubmed
Syfte	Identifiera faktorer som har en positiv eller negativ inverkan på hjärtlungräddningsteamets prestationer under akuta situationer i operationsalen och på uppvaksavdelningen.
Metod: Design	Kvalitativ/ kvantitativ metod Ej angiven.
Urval	49 operations och post-operationssjuksköterskor och 19 anestesissjuksköterskor från fyra sjukhus i British Colombia, Kanada.
Datansamling	En litteraturoversikt anlade grunden för skapandet av två likertskalade multiple-choice-frågeformulär som kombinerades med öppna frågor, ett för sjuksköterskor som arbetade på uppvaksavdelningen och ett för operationssjuksköterskor. Forskarna skapade frågeformulären tillsammans med en pilotgrupp i form av sjuksköterskor från anesthesi- uppvaks- och operationsavdelningar.
Dataanalys	SPSS 8 användes för en statistisk analys av multiple- choice- frågorna medan en tematisk analys användes för analysering av de öppna frågorna för att identifiera teman.
Bortfall	Svarsfrekvensen var 37,7% för uppvaks- och operationssjuksköterskorna och 37,2 % för anestesissjuksköterskorna. Detta ansågs vara acceptabelt då det var i linje med svarsfrekvenser i tidigare undersökningar som hittades under litteratursökningen.
Slutsats	Sjuksköterskorna upplevde att det viktigaste för ett fungerande team och minskad oro i code blue-situationer var att det fanns en tydlig ledare, tydlig rollfördelning och bra kommunikation i teamet. Det var även av vikt att minska för situationen överflödiga personal. Simulerade situationer, debriefing och teamövningar var bra för att stärka teamarbetet och minska stress.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I: 83 %.

Artikel 8

Referens	Pups, G.M., Weyker, J.D., & Rodgers, B.L. (1997). Nurses' reactions to participation in cardiopulmonary resuscitation on the nursing unit. <i>Clinical nursing research</i> , 6(1), 59-70. doi: 10.1177/105477389700600106
Land Databas	USA CINAHL
Syfte	Att utforska och beskriva sjuksköterskornas upplevelser av och reaktioner efter deltagande i HLR.
Metod: Design	Kvalitativ metod Kvalitativ deskriptiv design
Urval	29 sjuksköterskor med erfarenhet av HLR rekryterades på ett sjukhus i USA.
Datainsamling	Frågeformulär med öppna frågor som behandlade sjuksköterskornas erfarenheter av den senaste HLR- situationen de deltagit i.
Dataanalys	Temaanalys där teman och koder identifierades vilka genererade ett antal kategorier som reflekterade sjuksköterskornas upplevelser.
Bortfall	Ej angivet.
Slutsats	Artikelförfattarna hade ingen angiven slutsats, därför görs en sammanfattning av deras diskussion och slutresultat. Faktorer som påverkade sjuksköterskornas stressnivåer var resultatet av återupplivningsförsöket, sjuksköterskans relation till patienten, genomförandet av HLR, hur teamets samarbete fungerade och vilket stöd som fanns att tillgå efter händelsen. Gedigen erfarenhet och utbildning innan händelsen ansågs inte påverka stressnivåerna och därför fanns ett behov av debriefing efteråt för att hantera känslorna. Ytterligare studier behövs för att få mer kunskap om området.
Vetenskaplig kvalitet	Grad II: 77 %.

Artikel 9

Referens	Ranse, J., & Arbon, P. (2008). Graduate nurses' experience of in-hospital resuscitation: A hermeneutic phenomenological approach. <i>Australian Critical Care</i> , 21, 28-47. doi: 10.1016/j.aucc.2007.12.001
Land Databas	Australien Pubmed
Syfte	Att undersöka, beskriva och tolka sjuksköterskor som varit utexaminerade i mindre än 12 månaders upplevelser av återupplivning inom slutenvården.
Metod: Design	Kvalitativ metod Hermeneutisk fenomenologisk design
Urval	Bekvämlighetsurval där sex sjuksköterskor från Canberra Hospital med mindre än 12 månaders erfarenhet och som hade erfarenhet av hjärt-lungräddning på sjukhuset intervjuades i fokusgrupper med tre deltagare i varje grupp.
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer med två fokusgrupper som leddes av forskaren. Varje intervju varade i ca en timme.
Dataanalys	Van Manens temaanalys användes för att analysera fokusgruppernas berättelser. Intervjuerna transkriberades och teman identifierades. För varje tema som identifierades frågade forskaren om temat exemplifierade fenomenet eller inte flera gånger för att klargöra lämpliga, slutgiltiga teman.
Bortfall	Ej redovisat.
Slutsats	De nya sjuksköterskornas upplevelser av ett hjärtstopp med hjärt- och lungräddning genomsyrades av kaos, att ha för många eller för få medhjälpare, att bli testade offentligt och att inte få delta i själva återupplivningsförsöket. Behovet av utbildning som efterliknar verkligheten är stort för att få sjuksköterskorna att känna sig trygga i situationen och vidare är det av stor vikt att tillhandahålla icke- intensivvårdssjuksköterskor med kompetens inom området som kan ge stöd till mindre erfarna sjuksköterskor
Vetenskaplig kvalitet	Grad II: 79 %.

Artikel 10

Referens	Rutherford- Hemming, T., Hudson, M.F., Durham, C., & Richuso, K. (2003). Effective resuscitation by nurses: perceived barriers and needs. <i>Journal for nurses in staff development</i> , 19(5), 254-259. doi: 10.1097/00124645-200309000-00009
Land Databas	USA Pubmed
Syfte	Att bestämma vilka barriärer som sjuksköterskor upplever försämrar deras maximala funktionsförmåga och effektivitet under HLR.
Metod: Design	Kvalitativ metod Explorativ, beskrivande design
Urval	30 sjuksköterskor från två akutvårdsavdelningar på ett sjukhus i USA som hade erfarenhet av HLR valdes ut till studien.
Datansamling	Öppna intervjuer som spelades in och transkriberades.
Dataanalys	En innehållsanalys genomfördes på resultatet
Bortfall	Ej angivet.
Slutsats	Slutsats ej angiven, en sammanfattning av diskussionen görs därför istället. Barriärer som påverkade sjuksköterskorna i sitt yrkesutövande vid HLR var oerfarenhet, känslor, otydliga roller, för många deltagande och etiska dilemman. Denna studie har identifierat många barriärer som kan upplevas av sjuksköterskor under HLR men även strategier som kan användas för att minska dessa barriärer. Mer forskning behövs dock för att vidare utveckla kunskapen kring problemet.
Vetenskaplig kvalitet	Grad II: 77 %.

Artikel 11

Referens	Sjöberg, F., Schönninge, E., & Salzmänn- Erikson, M. (2015). Nurses experience of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 24, 2522- 2528. doi: 10.1111/jocn.12844
Land Databas	Sverige CINAHL
Syfte	Att beskriva sjuksköterskans upplevelse vid utförande av HLR på intensivvårdsavdelningar.
Metod: Design	Kvalitativ metod Kvalitativ deskriptiv design
Urval	Bekvämlighetsurval från tre sjukhus lokaliserade i närheten av författarna. Sjuksköterskor med minst ett års erfarenhet av intensivvård eller HIA, som genomfört HLR på en vuxen person senaste året. Resulterade i åtta sjuksköterskor.
Datainsamling	Författarna genomförde fyra semistrukturerade intervjuer var som spelades in digitalt. Intervjuerna varade mellan 18-34 minuter under sjuksköterskornas vanliga arbetstider.
Dataanalys	Systematisk analys med användning av induktiv kvalitativ latent innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008). Intervjuerna transkriberades och kodades och genom ytterligare granskning identifierades teman. Ur dessa identifierades resultatet som passade syftet med studien.
Bortfall	Ej redovisat.
Slutsats	Det behövs idag under debriefing fokuseras mer på sjuksköterskornas erfarenheter och upplevelser efter genomfört HLR istället för att identifiera misstag vid utförandet. Det är av vikt att debriefing och träning erbjuds för att minska stress hos sjuksköterskorna. I varje situation behövs en ledare som delegerar för att undvika känslor av panik och kaos.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I: 85 %.

Emma Möllgård

Louis Aradottir



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se