

Närståendes upplevelse och speciella behov vid närvaro under akut omvårdnad av kritiskt sjuka anhöriga

En systematisk litteraturöversikt

Henrik Borsgård, Christoffer Mäkitalo

Luleå tekniska universitet

C-uppsats
Omvårdnad

Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Närståendes upplevelse och speciella behov vid närvaro under
akut omvårdnad av kritiskt sjuka anhöriga
- En systematisk litteraturöversikt

Relatives' experience and special needs when being present
during acute care of critically ill family members
– A systematic literature overview

Henrik Borsgård & Christoffer Mäkitalo

Kurs: Examensarbete 15p
Höstterminen 2007
Sjuksköterskeprogrammet 180p
Handledare: Barbro Lindahl

Närståendes upplevelse och speciella behov vid närvaro under akut omvårdnad
av kritiskt sjuka anhöriga
- En systematisk litteraturöversikt

Relatives' experience and special needs when being present during acute care of
critically ill family members
– A systematic literature overview

Henrik Borsgård
Christoffer Mäkitalo

Luleå tekniska Universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Abstrakt

Det råder delade uppfattningar hos sjukvårdspersonal angående närståendes närvaro vid det akuta omvårdnadsskedet. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva närståendes upplevelser av att närvara och de speciella behov de har i samband med akut omhändertagandet av kritiskt sjuk anhörig. I studien inkluderades 12 artiklar som analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visade att närstående hade en stark önskan att få närvara vid akut omhändertagande och upplevdes ofta bidra till positiva effekter för hela familjen, men också stressande och otäckt då upplevelsorna växlade mellan hopp och förtvivlan. Närstående hade behov av god kommunikation, information, personals engagemang och tillgänglighet till den sjuke och personal. Det krävs större kunskap om närståendes upplevelser och tydliga rutiner, som baseras på en helhetssyn där närstående inkluderas på akutmottagningarna angående närvaro av närstående i samband med akut omhändertagande.

Nyckelord: Närstående, närvaro, behov, återupplivning, kritiskt sjuk, upplevelse.

Davies och Nolan (2006) visar i sin artikel positiva effekter av närståendes deltagande inom äldreomsorg. De menar att de flesta närstående vill ha en aktiv del i omvårdnaden. Dämpad oro har beskrivits som ett resultat av deltagarna i studien, då de närståendes deltagande i omvårdnaden och beslutstagandeprocesser stärkt känslan av att deras nära fått bästa möjliga kvalitet i vården. Möjlighet för närstående att delta i omvårdnad bidrar till att deras självkänsla och identitet stärks. En ökad tillfredsställelse erhålls också av att närstående får känna att de finns där och att de kan göra något positivt för sina nära och kära.

Rotman-Pikielny, Rabin, Amoyal, Maushkat, Zissin och Levy (2007) beskriver att närstående upplever att de bidrar till den sjukes välmående och att de fungerar som stöd till denne genom att vara närvarande. Författarna beskriver även andra positiva effekter av närståendes närvaro vid rond på en internmedicinsk avdelning. De menar att kommunikationen mellan patient och vårdgivare kan förbättras och mer information når fram till både den sjuke och dennes anhöriga som effekt av det klimat som skapas under dessa förutsättningar.

Hertzberg och Ekman (2000) beskriver att närstående önskar medverka och att få mer information om omvårdnaden, tillståndet och behandlingen av sin nära. Närstående uttrycker dock vissa svårigheter med att framföra dessa önskningar, vilket ibland kan resultera i att de inte får tillräckligt med information. Detta är faktorer i sjuksköterskans profession som inte får förbises i det dagliga arbetet. I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska anges att det är sjuksköterskans skyldighet att ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt som bland annat innebär att tillvarata närståendes kunskaper och erfarenheter. Vidare har sjuksköterskan skyldighet att ge stöd och vägledning till närstående, för att på så sätt optimera deras delaktighet i vård och behandling. Information till närstående är ytterligare en del av sjuksköterskas ansvar. Ovanstående beskrivningar är gällande oavsett verksamhet och vårdform (Socialstyrelsen, 2005). Att kunna involvera den sjukes närstående på ett bra sätt i omvårdnadens mångfasetterade verklighet ställer krav på vårdpersonal, som måste anamma ett holistiskt synsätt, prioritera och utföra aktuella interventioner utifrån denna realitet. Genom det holistiska förhållningssättet där den sjuke tillsammans med sin familj ses som en helhet med alla sina delar, beroende av olika omvårdnadsbehov, kan sjuksköterskan acceptera närstående som aktiva deltagare i den totala vårdprocessen (Rotman-Pikielny et al., 2007).

Det är med ovanstående resonemang tydligt att närståendes närvaro vid omvårdnad och behandling på sjukhus har positiva effekter och är ett rekommenderat förhållningssätt inom sjukvård, generellt sett. Att närstående skall få vara närvarande under en kritisk situation, där patienten genomgår stabiliserade behandling, eller till och med återupplivningsförsök på en akutmottagning eller intensivvårdavdelning är i många fall inte självklart. Det uppfattas ofta som kontroversiellt och diskuteras i publikationer om närståendes närvaro eller icke närvaro i samband med kritiska situationer, fördelar och nackdelar sett från professionernas synvinkel (Laskowski-Jones, 2007; Sanford, Pugh & Warren, 2002).

I Marrones och Foggs (2003) artikel beskrivs att återupplivning och stabiliserande behandlingar ses av vårdpersonal som något som kan innebära en otäck upplevelse för närstående och som kan ge dem negativa psykologiska följder. Ytterligare en faktor är oron om att närståendes närvaro kan innebära svårigheter för vårdpersonal att göra ett bra jobb, på grund av att arbeta inför de sörjande och oroliga. Samtidigt menar författarna att de närståendes närvaro kan ge stöd till patienten, vilket kan innebära att denne känner sig mindre ensam och sårbar. I likhet med Marrone och Fogg (2003) menar också Sanford et al. (2002) att det finns både för och nackdelar med närvarande familjemedlemmar. Här understryks risken med att dessa behandlingar kan vara för traumatiska för familjemedlemmar och därför utgöra ett hinder för läkare och sjuksköterskor. I denna studie är fokus på vårdpersonalens inställning. Dessa är aningen reserverade på grund av flertalet risker med att låta anhöriga närvara. En av dessa risker kan relateras till sekretessen, det vill säga att de anhöriga inte känner till patientens medicinska situation som kanske måste uppdagas under omhändertagandet i akutrummet. Om de närstående är närvarande i rummet när sådant diskuteras inom personalgruppen bryts sekretessen.

Trots oron över att vårdpersonalens handlande i omhändertagandet av kritiskt sjuka personerna skulle kunna ändras med att tillåta anhörigas närvaro, så finns det undersökningar som visar att det inte behöver förekomma någon skillnad i sjuksköterskors och läkares agerande beroende på närståendes närvaro eller ej (Sanford et al. 2002). Utöver detta så tycks motiveringarna till att inte ge närstående möjligheten att närvara baseras på vårdpersonals tro om hur närstående kommer att reagera på situationen, vilket tydliggör vikten av att belysa problemområdet ur ett närståendeperspektiv.

Emergency Nurses Association (ENA) har formulerat rekommendationer i samband med återupplivning och stödjer i denna närvaro av närstående. Enligt dessa rekommendationer bör sjuksköterskor inom akutsjukvård vara aktiv i forskning och öka förståelsen för praktisering av närståendes närvaro i samband med stabilisering och återupplivning. Detta genom kontinuerlig utbildning och medverkan vid utformandet av formella policier (Emergency Nurses Association, 2006).

Det är av största vikt att bedriva fortsatt forskning med fokus på närståendes situation för att omvårdnadsutövare i framtiden skall kunna ta adekvata beslut i samband med vård av kritiskt sjuka patienter och deras närstående. Dessa beslut och arbetsrutiner bör därför bygga på vetenskapliga studier som beskriver familjemedlemmars upplevelser, som de uttrycks och representativ evidens bör bekräfta eventuella viljor. Ökad förståelse för närståendes situation är en förutsättning för att kunna bedriva omvårdnad med en helhetssyn. Sjuksköterskor skall i omvårdnad ombesörja en omgivning där både patientens och den övriga familjens rättigheter, värderingar, vanor och tro är respekterade (ICN, 2006).

I denna studie avser ”närvaro av närstående” de situationer där en familjemedlem eller nära vän är i patientens direkta närhet, det vill säga så nära att en visuell eller fysisk kontakt är möjlig. De närstående består av make eller maka, föräldrar, syskon eller nära vänner. Ytterligare begrepp som är centrala i denna studie är ”kritisk sjuk” vilket avser patienter som vårdas för ett tillstånd som innebär att denne är cirkulatorisk och/eller respiratoriskt instabil. Patienter som genomgår hjärt- lung räddning kommer att benämnas som ”återupplivning”. Begreppet innefattar även patienter som befinner sig i ett direkt livshotande tillstånd på grund av större trauma. I dessa fall används termen ”stabilisering” vilket i sin tur syftar till invasiva behandlingsformer som till exempel vätskebehandlingar intravenöst, thoraxdränering, insättning av central venkateter, eller intubation. ”Återupplivning” och ”stabilisering” utgör tillsammans en, av författarna tolkning och översättning av det engelska begreppet ”resuscitation”. Med ”speciella behov” menas de behov som närstående besitter utöver de basala behoven en människa besitter. Vi har valt att endast fokusera på de speciella behov som uppstår hos närstående under det område och under de situationer vi valt att studera. Dessa behov kan tänkas skifta från vårdform till vårdform och det är vårt intresse att få kännedom om de speciella behov som är aktuella i just den vårdform, till vilken vi förpassat vår studie.

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva närståendes upplevelse av att närvara och de speciella behov de har vid akut omhändertagande av kritiskt sjuk anhörig. Med hjälp av tillgänglig litteratur vill vi få svar på nedanstående frågeställningar, och därmed en djupare kunskap om närståendes situation under dessa förhållanden. Följande frågor ställdes:

1. Hur upplever de närstående att närvara vid akut omvårdnad?
2. Vilka speciella behov har närvarande närstående vid akut omvårdnad?

Metod

Författarna till denna studie har använt metoden *systematisk litteraturstudie*, vilken enligt Bhandari, Deveraux, Montori, Cinà, Tandan och Guyatt (2004) används för varje sammanställning av befintlig litteratur där man har för avsikt att fokusera på en specifik frågeställning och med utsatta, systematiska strategier identifiera samt bedöma denna litteraturs relevans. Den systematiska litteraturöversikten bidrar även till att skapa en översikt över den aktuella forskningen som finns publicerad i vetenskapliga tidskrifter, det vill säga över kunskapsläget av ett bestämt problemområde (Friberg, 2000).

Willman och Stoltz (2002, s. 51) beskriver Goodmans sjustegsmetod vilken i denna studie har utgjort verktyg för insamling av relevant litteratur. Dessa sju steg innebär att med ett systematiskt tillvägagångssätt specificera frågeställning/frågeställningar och upprätta inklusions- och exklusionskriterier. I ett första steg identifierades och formulerades forskningsproblemet, vilket fokuserades på närståendes närvaro under akut omvårdnad. Utifrån syftet utvecklade vi två frågeställningar som vi ville att litteraturen skulle ge svar på (frågeställningarna enligt ovan). Med hjälp av detta tydliggjorde vi gruppen närstående till deras upplevelse och vad vi förväntade oss för typ av resultat i artiklarna vi sökte (jfr. Willman & Stoltz 2002, s. 55).

Därefter preciserades studiens inklusionskriterier till vetenskapliga artiklar relevanta för frågeställningen och som var nyare än 15 år och författade på engelska eller svenska. Anledningen till artiklarnas ”åldersgräns” var att få ta del av aktuell information då både utveckling inom området gått framåt och attityder samt värderingar inom sjukvård förändrats under de senaste 15 åren. Dessa faktorer ansågs av författarna ha potentiellt stor inverkan på det slutliga resultatet. Både artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats inkluderades. Vi exkluderade artiklar som saknade både abstrakt och ”fulltext - tillgänglighet”,

litteraturöversikter och studier utförda på barn. Tredje steget utgjordes av att en plan för litteratursökningen utformades.

Litteratursökning

Sökningen har därefter genomförts i databaserna Cinahl och Academic search utifrån användandet av sökord som: "Relatives", "family", "resuscitation", "critical ill", "emergency care" och "experience". Orden har sedan satts ihop i olika kombinationer för att begränsa antalet träffar och precisera sökningen (Tabell 1.). I tabellen redovisas endast kombinationer som ledde till artiklar vi använde, vilket innebär att 37 kombinationer saknas. I sjunde steget har resultaten och bevisen som framkommit under arbetet använts till att formulera evidensbaserade rekommendationer utifrån den aktuella frågeställningen (jfr. Stoltz, Udén & Willman, 2004).

Tabell 1. Översikt över litteratursökning

		Systematisk litteratursökning		
		Cinahl och Academic search.		
	Söktermer	Begränsning	Antal träffar	Inkluderade artiklar
s1	Resuscitation	peer review	6233	-
s2	family* or relative* or spous*	peer review	52796	-
s3	critical* and ill*	peer review	8335	-
	Presence* or participate* or			-
s4	witness*	peer review	32699	-
s5	life threatening or life-threatening	peer review	3133	-
s6	emergency care	peer review	8544	-
s7	acute care	peer review	4646	-
s8	need*	peer review	102107	-

Tabell 1. (forts.). Översikt över litteratursökning

		Systematisk litteratursökning		
		Cinahl database		
Sök id	Söktermer	Begränsning	Antal träffar	Inkluderade artiklar
s9	(s1 and s2)	peer review	616	8
s19	((s8 and s2) and s3)	peer review	218	1

		Systematisk litteratursökning		
		Academic search database		
Sök id	Söktermer	Begränsning	Antal träffar	Inkluderade artiklar
s9	(s1 and s2)	peer review	259	1
s19	((s8 and s2) and s3)	peer review	213	2

Artikelgranskning

Analysen av inkluderade artiklar innefattar en bedömning och kvalitetsgranskning av dessa samt sammanställning av deras resultat utifrån formulerade frågeställningar på ett överskådligt och relevant sätt (Bhandari et. al, 2004). Kvalitetsgranskning och bedömning av de i studien inkluderade artiklarna har skett utifrån bedömningsformulär i Willman och Stoltz (2002, s. 120-123) där bland annat artiklarnas tillförlitlighet och giltighet granskas. Två olika bedömningsformulär har använts, ett för artiklar utförda med kvantitativ metod och ett annat för artiklar utförda med kvalitativ metod. De kvantitativa artiklarna granskade utifrån hur väl deras resultat stämde överens med vår frågeställning och hur tillförlitligt detta resultat var (vilken metod som använts och på vilket sätt). Även resultatets inverkan som hjälp till klinisk verksamhet värderades under artikelgranskningen. Fyra av de kvantitativa artiklar vi inkluderade bedömdes vara av medel eller dålig kvalitet. Dessa saknade antingen klart och tydligt beskrivna kontrollgrupper, randomiseringsförfaranden och/eller bortfallsanalyser. En av studierna saknade etiskt resonemang och en annan, likvärdiga grupper vid studiens start. De kvalitativa studierna som inkluderades granskade vi utifrån deras syfte, metodval (både för

analys och datainsamling), urvalsstrategi, tillförlitlighet och metoddiskussion. Två av dessa studier bedömdes vara av medel eller dålig kvalitet. De saknade antingen tillfredsställande deltagarredovisning, tydligt beskriven analys och/eller tydligt beskrivet urvalsförfarande (jfr. Willman & Stoltz, 2002, s. 87-90).

Analys

Den litteratur som mötte inklusionskriterierna samlades in och bearbetades i flera omgångar. Analysen inleddes med att vi har tagit del av artiklarnas innehåll genom att läsa abstrakt, för att förvissa oss om de är tillfredsällande utifrån formulerade inklusions- och exklusions kriterier. Artiklar som i detta skede utelämnades var litteraturstudier, studier av debattkaraktär och inte författade på svenska eller engelska. I detta skede hade 16 artiklar inkluderats, av vilka ytterligare fyra uteslöts. En utförd på barn, två var inte vetenskapliga och en saknade upplevelseperspektiv.

Fokus i analysen har utgjorts av studiernas resultat, detta med tanke på denna studies syfte och aktuella frågeställningar (Friberg, 2000). I enlighet med Graneheim och Lundman (2004) har analyseringsarbetet har fortskridit genom att de 12 inkluderade artiklarna åter igen har lästs för att skapa en känsla och en överblick om vad de handlar om. Artiklarnas resultat har identifierats och textenheter extraherats utifrån detta. Textenheterna kodades och skrevs därefter in i tabeller som sorterades under respektive artikel. Kategorier skapades och samtliga textenheter sorterades in under den kategori som de innehållsmässigt passade bäst ihop med. Inga textenheter utelämnades eller sorterades in under mer än en kategori (kvantiteten av kategoriernas innehåll varierar på grund av denna orsak). De teman som våra två frågeställningar utgör har sedan använts till att sortera kategorierna och utifrån dessa har studiens resultat och slutsatser formulerats. Samtliga textenheter märktes med artikel-id vilket gjorde att de under hela analyseringsarbetet gick att spåra tillbaka till dess ursprungsartikel. En översikt av studierna redovisas i Tabell 2.

Tabell 2. Litteraturoversikt över studier som ingick i analysen (n = 12) och resultat av granskning

Författare/år	Typ av studie	Deltagare	Datainsamling/ Analysmetod	Huvudfynd	Kvalitet
Al-Hassan, M. A. & Hweidi, M. I.(2003)	Kvantitativ	158 närstående Förälder=15% Son/Dotter=71% Syskon=14%	Enkät/statistisk analysmetod	Närstående hade specifika och identifierbara behov	Dålig
Barratt, F., & Wallis, D. N. (1997)	Kvantitativ, ej randomiserad	35 närstående Make/Maka/ Partner=15 Förälder=2 Son/Dotter=8 Övrigt=10	Frågeformulär/ statistisk analys	Önskan om att bli tillfrågad om ev. närvaro	Dålig
Duran, R. C. et. al (2007)	Kvantitativ/kvalitativa inslag	72 närstående Vidare info ej angivet.	Beskrivande enkät med kvalitativa kommentarer/ statistisk analys och innehållsanalys	Närståendes närvaro är positiv och gynnsam	Bra
Eggenberger, S. K. & Nelms, T. P. (2007)	Kvalitativ	(11 familjer) 41 närstående Make/Maka/ Partner, Förälder, Son/Dotter, barnbarn.	Intervju, semistrukturerad/ hermeneutisk, fenomenologisk analysmetod	Att vara en familj gör de närstående starka	Bra
Holzhauser, K., Finucane, J., & De Vries, S. M (2006)	Kvantitativ	88 närstående Make/Maka/ Partner=55%	Frågeformulär, telefon intervju, statistisk analys	Deltagarna var nöjda med valet att närvara och hade en känsla av att närvaron underlättade bearbetningen av situationen	Medel
Meyers, T. A. et. al (1998)	Kvantitativ	25 närstående Make/Maka/ Partner=12 % Förälder=36% Son /Dotter=16%	Telefonintervju, frågeformulär, statistiskt frågeformulär/statistisk analys, innehållsanalys	Deltagarna stöttar starkt valet att få vara närvarande under pågående återupplivningsförsök	Medel

Tabell 2. (forts.). Litteraturoversikt över studier som ingick i analysen (n = 12) och resultat av granskning

Författare/år	Typ av studie	Deltagare	Analysmetod/ Datainsamling	Huvudfynd	Kvalitet
Meyers, T.A. et al. (2004)	Kvantitativ	39 närstående Make/Maka/ Partner=11 Förälder=9 Son/Dotter=12 Övrigt=7	Graderat frågeformulär/ statistisk analys	Närvaro ses som en rätt och ett behov	Bra
Redley, B. et al. (2003)	Kvantitativ	61 närstående Make/Maka/ Partener=33 Förälder=8 Son/Dotter=12 Syskon=4 Övrigt=4	Frågeformulär, Intervju/statistisk databaserad, analys,	Behov av stöd, komfort, kommunikation, tillgänglighet och mening	Bra
Robinson, S. M. et al. (1998)	Kvantitativ, kontroll studie, ej randomiserad	18 närstående Make/make/ partner=6 Förälder=4 Övrigt=8	Frågeformulär/statistisk analys	Deltagarna var nöjda med valet att närvara	Medel
van der Woning, M. (1999)	Kvalitativ	5 närstående Vidare info ej angivet.	Intervjuer/kvalitativ innehållsanalys	Upplevelse av närvaro, känsla av obekvämheter och väckta minnen	Bra
Wagner, J.M. (2004)	Kvalitativ	Ej angivet	Intervju, ej angiven analysmetod	Närstående upplever känslan: Skall vi stanna eller gå? Vad händer?	Dålig
Walters, A. J. (1995)	Kvalitativ	15 närstående Vidare info ej angivet.	Samtalsintervju/Hermeneutik	Närstående ville vara med och se sin anhörige	Medel

Resultat

Samtliga resultat från de inkluderade artiklarna har sammanställts enligt nedan (Tabell 3) där de redovisas utifrån de 7 olika huvudfynden vilka i sin tur ger svar på studiens frågeställningar.

Tabell 3. Resultat sammanställning

Frågeställning	Kategori
Hur upplever närstående att närvara vid akut omvårdnad?	<ul style="list-style-type: none">• Valet att närvara.• Positiva aspekter av närvaro.• Negativa aspekter av närvaro.• Relationer inom familjen.
Vilka speciella behov har närstående i det akuta skedet?	<ul style="list-style-type: none">• Behov av kommunikation och information.• Behov av personals engagemang och närvaro.• Behov av tillgänglighet och närhet.

Närvaro vid akut omvårdnad

Valet att närvara

Att få möjlighet att närvara vid akut omvårdnad av sin anhörige upplevdes olika. En klar majoritet (över 95 %) av deltagare i tre av studierna ansåg att det var deras rätt att få närvara. Samtliga ansåg att skulle göra samma val om en liknande situation skulle uppstå (Meyers, Eichhorn & Guzzetta, 1998; Meyers, Eichhorn, Guzzetta, Clark & Taliaferro, 2004; Duran, Oman, Abel, Koziel & Szymanski, 2007). Närstående uttryckte tillfredställelse över att ha fått vara delaktig trots eventuella negativa upplevelser (Holzhauser, Finucane & De Vries, 2006). Två artiklar visade att de deltagare som fick frågan om de föredrog att vara närvarande

svarade de flesta ja, 80 % respektive 67 % (Holzhauer, et al., 2006; Meyers, et al. 1998). Även Robinson (1998) skriver att närstående i deras studie, som fått möjligheten att närvara under ett återupplivningsförsök, var tillfreds med detta val trots att patienten avled. Ingen av deltagarna i denna studie lämnade heller akutrummet under arbetet, dock var det endast tre av tio ur kontrollgruppen i samma studie som uttryckte en önskan om att få närvara. Deltagare i van der Wonings (1999) studie var glada över att ha varit närvarande samtidigt som tre av de närstående uppgav att de ångrade sitt beslut. Denna ånger var kopplad till känslor av obekvämheter som uppstod under arbetet.

I Barratts och Wallis (1997) studie uppgav 24 av 35 deltagare att de hade velat bli tillfrågade om eventuell närvaro, och av dessa menade 15 att de hade valt att följa med in i akutrummet om de hade fått chansen. Att få närvara vid den akuta delen av ett omhändertagande och att få se sin anhörige upplevdes inte som något skrämmande. Däremot uppfattades detta av de närstående som viktigt och som underlättande i den intensiva upplevelse de varit med om (Meyers, et al., 1998; Robinson, et al., 1998; van der Woning, 1999; Walters, 1995). Inför valet att närvara fanns det närstående som beskrev en inre strid, om de skulle välja att inte närvara och med detta ta hand om sina egna behov eller om de skulle stanna hos sin anhörige. Slutligen berättade närstående att de önskade få medverka och få veta vad som pågick. Då detta önskemål uppfyllts accepterade de att inget mer kunde göras i situationen vilket resulterade i stor tilltro till personalen. Närstående kände att de kunde lämna akutrummet när de var övertygade om att patienten hade fått tillfredställande behandling (Wagner, 2004).

Positiva aspekter av närvaro

I Studier beskrevs att närstående upplevde olika effekter av positiv karaktär med att få vara närvarande under arbetet, dels för patienten men också för sin egen del. Att vara närvarande vid omvårdnadsarbetet inne på akutrummet upplevdes av de närstående i många fall som att det bidrog till att hjälpa patienten (Duran, et al., 2007; Meyers, et al., 1998; Mayers, et al., 2004). I vissa fall kunde deltagare uppleva att de bidrog med hjälp och stöd till den anhörige även då denne var djupt medvetlös. Detta stöd kunde uppnås med pussar, lugnt agerande, hålla handen, bön och genom att ge tillstånd till att dö. Hjälpen kunde också ges till den anhörige genom att bara förhindra ensamhet. I och med att de närstående var närvarande under arbetet så upplevde de att de personifierade patienten, vilket bidrog till att personalen lättare kunde acceptera patienten som en individ och som en del av en familj (Meyers, et al., 2004). I en av studierna beskrev deltagarna att deras närvaro även gynnade den anhöriges

tillfrisknande (Holzhauser, et al., 2006). Wagner (2004) beskrev att en deltagare observerade små subtila förändringar hos patienten som hon sedan kunde rapportera till personalen. Detta fenomen framkom också i Meyers, et al. (2004) studie där de närstående kunde uppleva sig själva som hjälpare, det vill säga den som hade kunskap om sin anhörige och som bäst kunde utgöra översättare och informationskälla.

Positiva upplevelser beskrevs också om de närståendes egen situation. Att få möjlighet att närvara visade sig minska ovissheten för de närstående eftersom detta medförde att dessa fick kunskap om vad som hände med den anhörige och med omhändertagandet. Denna kunskap beskrevs som något gott och som medförde att det blev lättare att acceptera situationen, oron minskade och väntandet underlättades (Meyers, et al., 2004) Genom att närvara under behandling och omvårdnad i det akuta skedet fick de närstående inblick i den anhöriges tillstånd och kunde på så sätt lättare förstå alvarlighetsgraden (Meyers, et al., 2004; Duran, et al., 2007). Detta medförde också att de närstående kände att alla tillgängliga behandlingsalternativ hade tagits i anspråk (Meyers, et al., 2004). De närstående beskrev även känslan av hopp i den aktuella situationen (Al-Hassan & Hweidi, 2004; Eggenberger & Nelms, 2007)

Holzhauser, et al. (2006) beskriver att 96 % av de närstående i deras studie ansåg att de i och med sin närvaro under den akuta omvårdnaden blev hjälpta att acceptera utgången för den anhörige. 71,2 % av deltagarna i samma studie som ej var närvarande under den akuta omvårdnaden ansåg att ett deltagande hade hjälpt dem att hantera och acceptera utgången av situationen.

I Meyers, et al. (1998) studie framkom att drygt hälften av deltagarna ansåg att om de fått närvara hos den anhörige under dennes sista stund i livet hade detta varit en hjälp för dem i det efterkommande sorgearbetet. Meyers, et al (2004) beskriver att närvaro skulle ha givit närstående en chans att ta farväl, att säga de saker till den sjuke som behövdes sägas och på detta sätt få ett avslut i den aktuella relationen. Sju av åtta deltagare i Robinsons, et al. (1998) studie ansåg att deras sorg hade lindrats med närvaro under den akuta omvårdnaden. Samma författare beskriver även att närstående som deltagit under akut omvårdnad i efterhand var skonade från oro, depression, negativa minnesbilder, post-traumatiskt undvikande beteende och sorg i större utsträckning än de som inte varit närvarande.

Negativa aspekter av närvaro

Närstående beskrev kraftlöshet och utebliven kontakt då de under återupplivningsförsök blev förpassade till sängens fotända, vilket omöjliggjorde eller försvårade möjligheten att skapa kontakt med den anhörige. Det skapade separation hos de närstående. Detta reducerade upplevelsen av närvaro i situationen och att finnas där för den sjuke. De ljud som återupplivningsförsök kunde föra med sig upplevdes av närstående som en stressfaktor, vilken de associerade som tillfogad smärta hos den anhörige. Även avsaknad av ljud, tystnaden då återupplivningsförsök avslutades beskrevs som en stressande faktor. Närstående beskrev obehag så som kval, vända och olust, vilka relaterade till deras närvaro under återupplivningsförsök. Dessa känslor associerades till uppfattningen av att smärta tillfogades den anhörige, samt att dennes integritet blivit kränkt under den akuta omvårdnaden (van der Woning, 1999). Även känslan av förtvivlan beskrevs relaterat till faktumet att den anhöriga var kritiskt sjuk och det fanns risk för negativ utgång (Al-Hassan & Hweidi, 2004; Eggenberger & Nelms, 2007).

Närstående beskrev att de under den akuta omvårdnaden ständigt fylldes med känslor av osäkerhet och okunskap. De tvingades utstå det okända med vilken effekt aktuell behandling skulle ha, oklara symptom, tvekan inför beslut som togs och osäkerhet i att inte veta vad som skulle komma att ske eller hur den aktuella situationen skulle sluta. Väntan var något som de närstående tvingades utstå då de väntade på information om patienten och en chans att spendera tid ihop med denne. De väntade på att nästa steg i processen skulle ske och på att den upplevda mardrömmen skulle få ett slut och på att livet skulle återgå till det normala. Närstående bar på insikten och fruktan om att patienten när som helst kunde dö och beskrev hur deras rädsla, sorg och osäkerhet inför detta faktum följde hur patientens tillstånd förändrades. Närstående var omsvepta av känslor så som oro, ångest, skuld, frustration, ensamhet, modlöshet, ilska, rädsla, överlevnad och sorg. Vidare beskrevs den värld som de närstående befann sig i som sårbar, med känslor av hjälplöshet, helvetiskt, fasansfullt, fruktansvärt och traumatiskt. Utöver dessa emotionella upplevelser fanns även en fysisk ansträngning som av de närstående beskrevs sträcka sig från trötthet till total utmattning. Denna fysiska aspekt kom av att ständigt få vänta, resor mellan hem och sjukhus, vara tvungen att fortsätta sköta det normala livet och se till andras behov (patienten samt resten av den eventuella familjen) och ändå leva med sina känslor i den kritiska situationen (Eggenberger & Nelms, 2007; Meyers, Eichhorn & Guzzetta, 1998; Meyers, et al., 2004)

Relationer inom familjen

Närstående upplevde sig vara en familj, med en relation grundad på gemensamma upplevelser genom livet, vilket i sin tur skapade en speciell kontakt mellan familjemedlemmar och den kritiskt sjuke (Walters, 1995). I denna relation skapades lidande med, och vilja att vara tillsammans med den sjuke och dela upplevelsorna genom både sjukdom och behandling. Denna kontakt kunde till exempel visa sig i att de närstående kände sig manade att beskydda den sjuke från de emotionella reaktioner som situationen medförde, vilket var en naturlig angelägenhet för den sjukas välbefinnande. De närstående ville så långt som möjligt underlätta för sin anhörige och finnas tillhands för att inge ett stöd till denne. Rädsla för eget välbefinnande framkom, som följd av de upplevelser de gick igenom och det band som existerade mellan familjemedlemmarna. Närstående ville beskydda varandra från den hotfulla verkligheten och beskrev ett starkt band mellan varandra i situationen (Walters, 1995; Eggenberger & Nelms, 2007).

I studier beskrev närstående uppskattning för ökad sammanhållning och stöd till varandra inom familjen, intensifierad kontakt och kommunikation mellan varandra med vänskap inom relationen som grund. Det beskrevs medföra avlastning som när de hade möjligheter att dela med sig av upplevelser, tankar och känslor om den sjukdomsrelaterade situationen och om livet på sidan om denna (Eggenberger & Nelms, 2007; Walters, 1995). Att tillåta varandra att dela med sig var en viktig del inom familjen, vilket också innebar att man även i sin tur gav varandra tillåtelse att underlätta för varandra (Walters, 1995). I motsatts till detta beskrevs också att närstående även hade konflikter inom familjen, till följd av att familjemedlemmars syn angående den anhöriges situation skiljde sig åt (Eggenberger & Nelms, 2007). På grund av den intensiva situationen som de närstående tagit del av under akut omvårdnad fortsatte de att i efterhand påverkas av upplevelsorna de varit med om genom minnen och reflektion (van der Woning, 1999).

I Meyers, et al. (1998) artikel framkom skillnader i hur relationen till den sjuke påverkade familjemedlemmars tro att deras eventuella närvaro under akut omvårdnad skulle ha underlättat deras sorg och vemod. Äkta makar ansåg att det inte skulle ha påverkat dessa fenomen, till skillnad från barn till den sjuke, som trodde att deras närvaro hade underlättat för dem. Närstående ville vara fysiskt nära patienten under akut omvårdnad. Detta kunde bidra till att lindra den aktuella sorgprocessen. Genom att få hålla den sjukas hand och få se och tala till denne skapades en speciell kontakt mellan dem, ett bibehållet fysisk och

existentiellt band mellan familjemedlemmar. Att få se sin anhörige under akut omvårdnad var en viktig del i de närståendes upplevelse. De såg på dennes kropp utifrån ett personligt perspektiv, det sätt som de var vana att se den anhörige i vanliga livet. De närstående som visste hur den sjuke såg ut i normala fall försåg sig till exempel med information om patientens tillstånd baserad på de avvikelser de observerade (Eggenberger & Nelms, 2007; van der Woning, 1999; Walters, 1995).

Närståendes speciella behov i det akuta skedet.

Behov av kommunikation och information

Närstående hade behov av att få tala med en läkare (Al-Hassans och Hwedis, 2004; Redley, et al., 2003) och av att få ta del av information angående den anhörige minst en gång per dag . Även behov att känna till prognosen och att få sina frågor besvarade på ett ärligt sätt samt att förklaringar utfördes i förståeliga termer beskrevs (Al-Hassans och Hwedis, 2004). Behov av att få tala med sjuksköterska, delaktighet när beslut skulle tas och information vid påskrift av dokument beskrevs av närstående. Vidare behov var att bli skonad från stressande detaljer om anhörigs tillstånd och att få veta förväntade resultat av behandling och omvårdnad (Redley, et al., 2003).

Beträffande anhörigs tillstånd, upplevde närstående behov av att få specifik fakta och att bli uppringd i hemmet om någonting skulle förändras. Det var även viktigt att de närstående kunde förstå varför valda interventioner utfördes och att de blev informerade om eventuella flyttplaner under tiden sådana utformades (Al-hassans & Hwedis, 2004; Redley et al., 2003). Det var av betydelse att deras närvaro inte begränsade omhändertagande eller skadade den anhörige, därför ville de ha information från personal om deras närvaro skulle innebära någon risk. (Redley, et al., 2003; Meyers, et al., 1998). I Wagners (2004) studie beskrev närstående behov av information om både vad som pågår just nu, samt om vad som kommer att hända.

Behov av personals engagemang och närvaro

Personals agerande och engagemang beskrevs ha stor betydelse. Det fanns behov av att personal verkligen brydde sig om patienten och att denna eller denne fick motta bästa möjliga vård och att sjuksköterskor var fysiskt och känslomässigt närvarade (Al-Hassan & Hweidi, 2004; Redley, et al., 2003; Walters, 1995). Redley, et al. (2003) beskrev att närstående ville bli behandlade som individer och ville känna sig viktiga, såväl för personal som i omvårdnad

av sin anhörige. Ett viktigt behov var att få en läkare eller sjuksköterska som mötte de närstående vid ankomst till sjukhuset och att de uppmuntrades till att få visa känslor, samt att få vetskap om vad som ansågs som normala reaktioner. Det framkom i samma studie att de närstående även ville veta personalens identitet och profession, och att speciell personal avsattes till att ta hand om dem under närvaron hos den anhörige.

Behov av tillgänglighet och närhet

Närstående uttryckte behov av ”tillgänglighet”. Med detta menades att de önskade att alltid ha rätt att få träffa sin anhörige, när helst de ville och hur ofta de ville. Vidare beskrev närstående att de ville ha möjlighet att ringa till berörd personal, när de inte hade möjlighet att närvara på sjukhuset eller när det uppstod frågor. (Al-Hassan & Hweidi, 2004; Redley et al., 2003). Meyers, et al. (2004) beskrev att närstående ansåg att själva kontakten och banden mellan dem och den anhörige var viktiga och att upprätthålla den relationen var ett behov i sig.

Närstående uttryckte önskan av bekvämlighet och möjligheter inom miljön på vårdenheten. Närstående som skulle gå in i vårdrum där akut behandling pågick eller skulle påbörjas uttryckte en önskan om att den miljö som väntade skulle ha beskrivits för dem (Al-Hassan & Hweidi, 2004; Redley, et al., 2003). De vårdmiljöfaktorer som närstående beskrev var att ha tillgång till en privat plats när de önskade samt att det skulle finnas telefon, toalett och restaurang/café i närheten. Ytterligare beskrevs önskan om att miljön utformades så att familjemedlemmar kunde vara delaktiga inne på akut vårdavdelning. (Redley et al., 2003; Eggenberger & Nelms, 2006)

Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva upplevelse av att närvara och de speciella behov de har vid akut omhändertagande av kritiskt sjuk anhörig. Artiklarna i denna studie belyser olika typer av vårdsituationer inom det akuta skedet i omvårdnaden. Majoriteten av de analyserade artiklarna innefattar deltagare som har fått möjligheten att bevittna återupplivningsförsök av sina närmaste. Några av studierna har dock inriktats på upplevelser och behov hos närstående till patienter som varit föremål för ett akut omhändertagande på grund av en, ej angiven, kritisk sjukdom. En av studierna har enbart fokuserat på situationer där återupplivningsförsöken ej har lyckats och patienten har avlidit. Sammantaget så pekar resultaten på en positiv inställning till att närvara, och studien visar att det finns en önskan om

att bli tillfrågad om man som anhörig önskar att närvara. Studierna framhåller dock att det finns avvikande åsikter och känslor som visar att närvaron kan upplevas som obekvämt och stressande. De olika behov som uppdagades i resultatet omfattar huvudsakligen vårdmiljö, vårdpersonal och deras agerande.

Till grund för resultaten i denna studie ligger 12 vetenskapliga artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Resultatet visade att de flesta närstående vill närvara vid den akuta omvårdnaden av sin anhörig. Detta var hjälp till att acceptera situationen och underlätta efterarbetet av minnen och sorg. Närstående uppgav dock att det förekom faktorer som gjorde upplevelsen otäck och stressande samtidigt som deras behov i samband med dessa situationer riktades mot och vårdpersonal och miljön på den aktuella vårdenheten.

Att närstående vill vara så delaktiga som möjligt i all form av vård av en nära anhörig, kan enligt vår mening tyckas helt naturligt. Det finns dock situationer där nära och kära svävar mellan liv och död samtidigt som de påbörjade interventionerna, från en oerfaren persons synvinkel, kan tyckas göra mer skada än nytta. Närstående i vår studie som helt plötsligt befann sig i sådana situationer hade oftast en stark önskan om att få närvara under omhändertagandet. I de flesta fall upplevde de att detta varit till hjälp för både patienten och de själva. Det bidrog till att närstående lättare kunde bemästra situationen och minska oron, eftersom de under hela förloppet blev uppdaterade om patientens tillstånd. Det positiva resultatet i vår studie kan bero på den starka känslan av att som närstående kan göra näst intill vad som helst för att vara till hjälp för sin anhörige. Närstående beskrev att om de fick vara närvarande så kunde de själva se och uppleva att allt hade gjorts och att alla tillgängliga resurser hade tagits i anspråk för patientens bästa.

I jämförelse mellan omvårdnad under ett akut skede och under ett icke akut skede visade det sig att det finns många likheter i närståendes upplevelser. Hawker, et al. (2006) beskriver närståendes tillfredsställelse med att veta att den sjuke ständigt är väl omhändertagen och att deras närvaro i palliativ omvårdnad för med sig en positiv upplevelse. I likhet med ovanstående resonemang om närståendes tillfredsställelse, beskrivs också i Åsted-Kurki, Lethi, Paunonen och Paavilainen (1999) studie vikten av närståendes stöd till patienten inom andra delar av vården än den akuta. Deltagarna i deras studie uttryckte att de gav stöd genom att få tillfälle att prata med de anhöriga samt visa och känna närhet till dem. Att få tala med varandra, kramas, pussas, hålla varandras hand eller helt enkelt bara vara tillsammans är

exempel på konkreta handlingar som de närstående beskrev som stödjande i deras studie, vilket också framkom i vår litteraturstudie.

I vår studie framgick att närstående kunde uppleva att deras närvaro hade en tryggande effekt även på kritiskt sjuka anhöriga. Detta resultat bekräftas av Hawleys (2000) studie som beskriver sjuka människors upplevelse av omvårdnad på akutmottagning. De sjuka i den studien uppgav att eftersom närstående inkluderades i omvårdnaden kunde de känna sig lugna och oron minskade. I en annan studie av O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) beskrivs sjuka människors upplevelse av stabiliserande behandling på grund av trauma. Deltagare i den studien upplevde emellertid olika värde på att ha sina närstående vid sin sida. De sjuka personerna av manligt kön uppgav att de inte önskade att ha närstående närvarande på grund av att de kunde vara i vägen för personal, samtidigt som kvinnliga deltagare uppgav att de i allra högsta grad ville ha deras närstående vid sin sida.

Resultatet i vår studie visade att närstående till en person som drabbats av skada eller sjukdom kunde ha en stark känsla av att vilja finnas till hands för denne. De närstående kunde finna tillfredsställelse i att få bekräfta, skapa eller bibehålla kontakt med den sjuke under vårdtiden. Ytterligare tillfredsställelse av att som närstående till någon drabbad i sin tur bli bekräftad av den sjuke kunde bidra till känslan att vilja vara nära och finnas vid sin anhöriges sida. Hallgrimsdottir (2000) beskriver att sjuksköterskor upplever närvaro av närstående som en betryggande faktor för de närstående eftersom de får se händelseförloppet och får förklaringar till varför saker görs, vilket kan underlätta arbetet för personalen.

Det finns dock aktuell forskning (McClenathan, Torrington & Uyeharas, 2002) som visar att det finns vårdpersonal som är mot närståendes närvaro vid akut omvårdnad, vilket går emot resultatet i vår studie angående närståendes vilja att närvara och de positiva effekter som de ansåg att närvaron bidrog till. I McClenathan, et al. (2002) studie uppgav 78 % av 554, av läkare och sjuksköterskor att de motsatte sig närståendes närvaro vid återupplivningsförsök. Vid analys av endast sjuksköterskors åsikter svarade mer än hälften att de ej önskade rutinemässig närvaro av närstående på grund av att de ansåg att det fanns en risk att situationen skulle kunna utvecklas till ett psykologiskt trauma för närstående. Att det finns sjuksköterskor som är osäkra på närståendes närvaro bekräftas av Hallgrimsdottirs (2000) studie utförd på 54 sjuksköterskor inom akutsjukvård. Hon fann att endast en liten del av deltagarna ansåg att de närstående skulle bjudas in till akutrummet under det akuta skedet och nästan hälften av

sjuksköterskorna uttryckte osäkerhet angående de närståendes rätt till att närvara om de bad om det. De huvudsakliga orsakerna var att personalen själva upplevde stress och att de var oförmögna att ta hand om de närstående på grund av andra, akuta omvårdnadsuppgifter i situationen.

Utifrån resultatet från vår studie, där en stor majoritet av deltagarna som valt att närvara vid den akuta omvårdnaden skulle göra samma val igen, är det högst tänkvärt att det förekommer mottagningar där stora delar av personalen inte skulle tillåta närstående att närvara. I och med detta existerar stora risker för att det kan uppstå konflikter mellan vårdpersonal och vårdtagare om inte vidare forskning och en breddad förståelse för de närståendes situation skapas. Mian, Warchal, Whitney, Fitzmaurice och Tancredi (2007) pekar dock på att tilltro och stöd för närvaro av närstående under akut omvårdnad ökas med hjälp av erfarenhet. Sjuksköterskor som deltagit under införande av rutiner för att närstående skall få möjligheten att närvara, har visat mindre oro för eventuella psykologiska bieffekter för de närstående och ett ökat stöd för närvaro av närstående efter att rutinerna verkställdes.

Vi fann i vår studie att det även förekom negativa upplevelser av att närvara och att få bevittna återupplivningsförsök och stabiliserande behandlingar på sin anhörig. Det centrala i denna del av resultatet var att deltagare upplevde känslor som oro, osäkerhet, ångest, skuld, rädsla och sorg. Dessa känslor bottnade i de flesta fall i ovetskapen om patientens tillstånd, hur det hela skulle sluta och om livet skulle återgå till det normala. Osäkerhet och väntan gjorde att många av de närstående upplevde hela situationen som något som aldrig ville ta slut. Dessa upplevelser går även hand i hand med resultatet som framkommer i en studie av Åsted-Kurki, et al. (1999) där närstående i en icke akut omvårdnadssituation beskriver oro och rädsla för den anhöriges räkning, för framtiden och den ändrade livssituation som de står inför. Att ha en anhörig som blir sjuk innebär en förändring i det liv människor lever och denna förändring ter sig då möjligen som skrämmande då innebörden av den inte är känd och framtiden oviss. Denna likhet tydliggör att närstående kan uppleva liknande fenomen oavsett i vilket skede omvårdnaden är, vare sig det gäller akut eller kronisk sjukdom.

Det framkom i vår studie att de mest centrala behoven hos närstående grundades i kontakten med sin anhörig samt vårdpersonalens agerande, framför allt personalens vilja och förmåga att tillhandahålla information samt medverka till en fungerande kommunikation. Närstående uttryckte ett stort behov av att få tillgänglighet till patienten och att få träffa denne när helst de

ville och att de fick frekvent uppdaterad information om tillståndet av både sjuksköterskor och läkare. Vikten för närstående att få information och bli bemötta med sina frågor på ett tillfredställande sätt är inget exklusivt för de människor som kommer i kontakt med akutvård. I likhet med resultatet i vår studie visar van Smagt-Duijnste, Hamers, Abu-Saad och Zuidhof (2000) studie av närståendes upplevelser på en icke akut vårdavdelning att information är en betydelsefull del i närståendes behov. I deras studie ansåg 95 % av de närstående att det var viktigt att få adekvat information. Samtliga deltagare ansåg att det utöver detta var allra viktigast att få sina frågor besvarade på ett ärligt sätt och 98 % att det var väldigt viktigt för dem att personal tog sig tid att besvara eventuella frågor. Information är en betydande del i omvårdnad, även för patienter. O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) beskriver hur patienter upplever att frekvent och förståelig information från vårdpersonalen bidrar till ökad känsla av säkerhet och till att minska rädsla i den akuta situationen. Även deltagarna i Hawleys (2000) studie uppskattade information om vad som hände, varför och vad pågående behandlingar hade för syfte. Detta visade sig reducera osäkerhet hos patienterna samtidigt som det också underlättade för patienten att bemästra situationen

Det kan vara av betydelse för närstående på vilket sätt de mottar information och hur de känner sig bli bemötta av vårdpersonal med de eventuella frågor de kan ha. Hallgrimsdottir (2000) beskriver att dessa behov också identifierades av sjuksköterskor i hennes studie. De ansåg att information, trygghet och stöd utgjorde de viktigaste behoven för närstående i en akut omvårdnadssituation, dock var det endast 15 % som ansåg tillgänglighet, eller att få vara nära sin anhörig som ett viktigt behov. I och med detta påvisas ytterligare en möjlig skillnad mellan sjuksköterskors uppfattning och de närståendes egna upplevelser.

Vår studie visade att närstående värderade och hade önskemål om den omgivning och den miljö som de vistades i under sin tid på vårdenhet. Deltagarna i Hawkers et al. (2006) studie beskriver vikten av en trivsamt omgivning inom palliativ vård och de möjligheter samt positiva effekter en sådan för med sig, både för dem som närstående samt för den sjuke. En bekväm och trivsamt omgivning kan underlätta för närstående som i vissa fall kan komma att tillbringa lång tid på vårdenheten och eventuellt går igenom svåra upplevelser under denna tid. Den miljö och den kontext som människor befinner sig i kan påverka dem i hög grad och om denna påverkan är positiv kan man i sin tur ha mycket att vinna. Genom att vara lyhörd och uppmärksam på varje unik persons behov och önskemål kan dessa tas till vara på och arbetas för.

Närstående i vår studie upplevde det betydelsefullt att sjuksköterskor som var inblandade i den akuta omvårdnaden av den anhörige visade att de brydde sig om denne och att den anhörige även fick motta bästa möjliga vård, och att de gav ett professionellt intryck. Dessa egenskaper hos vårdpersonal värdesattes även av de sjuka personerna. Hewley (2000) beskriver att känslan av att vårdpersonal är kompetent inger förtroende, möjliggör att den sjuke känner sig säker. Närståendes behov av att känna att vårdpersonal verkligen brydde sig om den sjuke familjemedlemmen delades även av patienters upplevelse i O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) studie. Författarna beskrev hur den sjuke betonar vikten av att känna att vårdteamet bryr sig om, mer än ur ett rent kliniskt perspektiv. Genom att tala med en förtroendeingivande röst, skapa fysisk kontakt med den sjuke och alltid vara närvarande kunde vårdpersonal visa att de brydde sig om de sjuka på ett mer personligt sätt. Närstående ville alltid ha någon ur personalen tillgänglig för frågor och eventuell hjälp, oavsett situation. I likhet med resultatet i vår studie visar också Hawley (2000) att sjuka människor vid akutmottagningar beskrev hur viktigt det var att ha en sjuksköterska vid sin sida under hela förloppet. Detta gav dem känslan av att de var väl omhändertagna.

Metoddiskussion

Utifrån studiens syfte så har de inkluderade artiklarna bidragit till en tillfredställande mängd data samtidigt som de har varit av skiftande karaktär vad beträffande typ av studie, deltagare och metod. Granskningen av artiklarnas kvalitet kan stärka validiteten i vår studie då vi skapar medvetenhet över både styrkor och svagheter i studierna (jfr. Holloway & Wheeler, 2002, s. 252). Trovärdigheten i studien stärks av att vi arbetat oss fram på ett systematisk och metodiskt tillvägagångssätt (jfr. Willman & Stoltz, 2002, s. 79). Rehabiliteringen stärks av att vi gått systematiskt tillväga samt att vi detaljerat redovisat hur arbetet gått till så att den kan utföras liknande sätt igen (jfr. Holloway & Wheeler, 2002, s. 251). Vi har i datasökningen strävat att, inom tidsramen för arbetet, täcka så stort spektrum som möjligt av den befintliga, vetenskapliga litteraturen i vår sökning. I kvalitetsgranskningen har vi utgått från Goodmans sju steg (Willman & Stoltz, 2002, s. 51). Genom att använda oss av ett beprövat och ändamålsenligt metod- samt analysval stärker vi också validiteten i studien (jfr. Polit & Beck, 2004, s. 422).

De artiklar som finns representerade i denna litteraturöversikt har internationell spridning, vilket kan ses som positivt för generaliserbarheten av studien (jfr. Holloway & Wheeler, 2002, s. 253). Vi har under arbetets gång varit två författare som genomgående fört en diskussion och en kommunikation med varandra angående litteraturstudiens olika aspekter vilket bör ha påverkat trovärdigheten i resultatet i positiv riktning.Handledning har funnits tillgänglig under hela processen och även ett antal seminarium där arbetet granskats av utomstående som i sin tur lämnat synpunkter samt frågeställningar baserade på de olika delarna av studien. Detta kan liknas med den "peer review" som Holloway och Wheeler beskriver (2002, s. 259).

Svagheter i vår studie kan finnas i den tidsbrist existerat under arbetets gång, vilket kan ha kommit att påverka validiteten på studien i negativ riktning (jfr. Holloway & Wheeler, 2002, s. 252). Endast två databaser har använts i litteratursökningen vilket kan ha kommit att påverka antalet inkluderade artiklar. Ytterligare en svaghet är att artiklarna varit författade på engelska språket och textenheter i form av de fynd vi gjort översatts till svenska kan mening och betydelse ha gått förlorad. Den sista faktorn som vi anser vara av betydelse för studiens kvalitet är att av de funna artiklarna är det endast fem som var av bra kvalitet, resterande var dålig eller medel kvalitet. Dock inkluderades dessa, eftersom resultatet i de studierna svarade på våra frågeställningar. Artiklar med högre kvalitet kan ha förändrat vårt resultat.

Slutsats

Det bör vara närståendes rätt att bli tillfrågad om man önskar att närvara i akutrummet under omvårdnaden av sin anhörig. Detta kan medföra gynnsamma effekter för både patienter och anhöriga, även om det i vissa fall kan upplevas stressande och otäckt. Det är ofta vårdpersonalens sätt att vara som avgör om situationen slutligen kommer att betraktas som en positiv upplevelse eller ej. Därför är det viktigt att framtidens sjuksköterskor och sjuksköterskor som är verksamma på akutmottagningar ser hela patientens situation, där de närstående utgör en del.

Närståendes upplevelser överensstämmer i många fall dock inte med vårdpersonalens bild av hur de närstående kommer att reagera och hur de kommer att tackla situationen. Detta talar för att det krävs mer forskning som riktar sig mot närståendes upplevda verklighet i dessa akuta situationer. För att närstående skall få ett så bra omhändertagande som möjligt krävs det att det finns fastslagna rutiner på akutmottagningarna som tydliggör hur vårdpersonal skall

förhålla sig till de närstående, vilka måste bygga på aktuell forskning. Det skall också vara klart uttalat vem som har ansvaret för den närstående och hur denne skall förberedas vid anländandet till sjukhuset. Interventioner av detta slag skall syfta till god omvårdnad som inkluderar närstående med att tillfredsställa deras eventuella behov samtidigt som de skall vara anpassade till vårdteamets förutsättningar.

Referenser

(* markerar artiklar inkluderade i analysen)

*Al-Hassan, M. A., Hwedi, I. M. (2004). The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 64-71.

Bhandari, M., Deveraux, P. J., Montori, V., Cinà, C., Tandan, V., & Guyatt, G. H. (2004). Users' guide to the surgical literature: How to use a systematic literature review and meta-analysis. *Canadian Journal of Surgery*, 47, 60-67.

*Barratt, F., & Wallis, D. N., (1997). Relatives in the resuscitation room: their point of view. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 15, 111-113.

Davies, S., & Nolan, M. (2006). 'Making it better': Self-perceived roles of family caregivers of older people living in care homes: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 281-291.

*Duran, R. C., Oman, K. S., Abel, J. J., Koziel, V. M. & Szymanski D. (2007). Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families and patients. *American Journal of Critical Care*, 16, 270-279.

*Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Critical Nursing*, 16, 1618-1628.

Emergency Nurses Association. (2006: 8). [www document] Tillgänglig 2007-09-04 *Family presence at the bedside during invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation*. URL. <http://www.ena.org/about/position/PDFs/4E6C256B26994E319F66C65748BFBDBF.pdf>

Friberg, F. (2000). *Dags att skriva uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Hallgrimsdottir, E. M. (2000). Accident and emergency nurse's perceptions and experiences of caring for families. *Journal of Critical Nursing*, 9, 611-619.

Hawker, S., Kerr, C., Payne, S., Seamark, D., Davis, C., Roberts, H., Jarrett, N., Roderick, P. & Smith, H. (2006). End-of-life in community hospitals: The perceptions of bereaved family members. *Palliative Medicine*, 20, 541-547.

Hawley, P. M. (2000). Nurse comforting strategies: Preceptions of emergency department patients. *Clinical Nursing Research*, 9, 441-459.

Hertzberg, A., & Ekman, S.-L. (2000). 'We, not them and us?' Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 614-622.

Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research in nursing*. Oxford: Blackwell science Ltd.

*Holzhauser, K., Finucane, J., & De Vries, S. M. (2006). Family presence during resuscitation: A randomised controlled trial of the impact of family presence. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 8, 139-147.

ICN. (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses.

Laskowski-Jones, L. (2007). Should families be present during resuscitation? Weigh the pros and cons of family presence during a crisis, then tell us what you think. *Nursing*, 37, 44-47.

Marrone, L., & Fogg, C. (2003). Should the families be present during resuscitation? Are policies allowing family into the trauma room humane and necessary-or just asking for trouble? *Nursing*, 33, 321-322.

McClenathan, B. M., Torrington, K. G., & Uyehara, C. F. T. (2002). Family member presence during cardiopulmonary resuscitation. *Chest Journal*, *122*, 2204-2211.

*Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., & Guzzetta, C. E. (1998). Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. *Journal of Emergency Nursing*, *24*, 400-405.

*Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., Guzzetta, C.E., Clark, A. P., & Taliaferro, E. (2004). Family presence during invasive procedures and resuscitation. The experience of family members, nurses and physicians. *Topics in Emergency Medicine*, *26*, 61-73.

Mian, P., Warchal, S., Whitney, S., Fitzmaurice, J., & Tancredi, D. (2007). Impact of multifaceted intervention of nurses and physicians attitudes and behaviours toward family presence during resuscitation. *Critical Care Nurse*, *27*, 52-61.

O'Brien, J-A., & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The experience of trauma Resuscitation in the emergency department: Themes from seven patients. *Journal of Emergency Nursing*, *30*, 216-224.

Polit, D. F., & Beck C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

*Redley, B., LeVasseur, S. A., Peters, G., & Bethune, E. (2003). Families' needs in emergency departments: Instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, *43*, 606-615.

*Robinson, S. M., Mackenzie-Ross, S., Campbell Hewson, G. L. Egleston, C. V., & Prevost, A. T. (1998). Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *The Lancet*, *352*, 614-617.

Rotman-Pikielny, P., Rabin, B., Amoyal, S., Mushkat, Y., Zissin, R., & Levy, Y. (2007). Participation of family members in ward rounds: Attitude of medical staff, patients and relatives. *Patient Education and Counselling*, *65*, 166-170.

Sanford, M., Pugh, D., & Warren, N.A. (2002). Family presence during CPR: New decisions in the twenty-first century. *Critical Care Nursing Quarterly*, *25*, 61-66.

Socialstyrelsen. (2005). [www document] Tillgänglig 2007-09-06. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. URL <http://www.socialstyrelsen.se>.

Stoltz, P., Udén, G., & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 111-119.

*van der Woning, M. (1999) Relative in the resuscitation area: A phenomenological study. *Nursing in critical care*, 4, 186-192.

Van der Smagt-Duijnste, M. E., Hamers, J. P. H., Abu-Saad, H. H. & Zuidhof, A. (2001). Relatives of hospitalized stroke patients: Their needs for information, counselling and accessibility. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 307-315.

*Wagner, J. M. (2004). Lived experience of critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 13, 416-420.

*Walters, A. J. (1995). A hermeneutic study of the experiences of relatives of critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 998-1005.

Willman, A., & Stoltz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Åstedt-Kurki, P., Lehti, K., Paunonen, M. & Paavilainen, E. (1999). Family member as a hospital patient: Sentiments and functioning of the family. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 155-163.

