



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MAKP601

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	08-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	15-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave	<b>Studiepoeng:</b>	45
<b>SIS-kode:</b>	203 MAKP601 1 MG 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 416

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 20195

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har  
registrert oppgavetittelen  
på norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
vitnemålet mitt \*:** Ja

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 3

**Andre medlemmer i  
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

Helsepersonells opplevelse av å ha pårørende til stede ved  
hjerne-lunge-redning- en systematisk oversikt over kvalitative  
studier

Healthcare practitioners' experience of family presence during  
cardiopulmonary resuscitation- a systematic review of  
qualitative studies

**Anne Kristin Knudsen**

Master i kunnskapsbasert praksis i helsefag  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Senter for  
kunnskapsbasert praksis  
Veileder: Benedicte Carlsen  
Innleveringsdato: 15.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Erklæring

Denne masteroppgaven er en systematisk oversikt basert på en protokoll publisert i det internasjonale PROSPERO-registeret 07.03.2018 hvor undertegnede, Kjersti Bjørnstad og Benedicte Carlsen står oppført som forfattere. Selv om protokollen har flere medforfattere erklærer jeg herved at masteroppgaven er et selvstendig arbeid hvor jeg har hatt ansvar for utforming, gjennomføring og rapportering av den systematiske oversikten.

Bergen, 05.05.2019

Studenten(e)s signatur:

AnnKristin Knudsen

## Forord

Jeg er utdannet sykepleier og har videreutdanning i akutt sykepleie. Jeg har forholdsvis lang erfaring fra akuttmedisin og har jobbet ved flere akuttmottak de siste 15 år. Siden 2013 har jeg vært ansatt på akuttmottaket ved Haukeland Universitetssjukehus. Dette er en spennende og travel arbeidsplass, som krever mye av meg som sykepleier. Det er forventet at jeg som sykepleier alltid skal være oppdatert på nye prosedyrer og kunne ta i bruk ny forskning på det akuttmedisinske området. Jeg startet på mastergradsstudiet i kunnskapsbasert praksis i helsefag i 2015 for å lære mer om hvordan jeg kunne oppdatere meg og ta i bruk forskning, samt lære hvordan forskningen kunne implementeres i praksis. Det har vært fire travle, men interessante år. Jeg har tidvis vært ekstatisk over mestringsfølelsen etter eksamensinnleveringene og noen ganger dratt meg i håret av frustrasjon for å ikke få ting til.

Jeg har siden jeg tok videreutdanning i 2009 vært interessert i temaet som omfatter pårørendes tilstedeværelse ved hjerte-lunge-redning. Jeg skrev også en avsluttende oppgave på videreutdannelsen om hvordan pårørendes tilstedeværelse påvirker sykepleierens yrkesutøvelse. Da jeg skulle velge tema for masteroppgaven var det med et ønske om å kunne fordype seg mer i dette temaet og samtidig lære seg metoden med å gjennomføre en systematisk oversikt over kvalitative studier. Det har vært en spennende og lærerik prosess å jobbe med oppgaven.

Det er mange som fortjener en takk for uvurderlig hjelp og støtte siste fire år. Jeg vil spesielt takke min kjære mann for tålmodigheten hans. Uten hans tekniske hjelp, ville nok min frustrasjon vært mye større gjennom arbeidet med masteroppgaven. Jeg vil også takke mine medstudenter, spesielt Kjersti og Mona, jeg hadde ikke klart meg gjennom studiet uten dere. Vi har samarbeidet tett og fått til det meste med hverandres hjelp. Lena Nordheim fortjener også en stor takk som har ført oss igjennom studiet og vært en utmerket utdanningsleder fra første dag. Jeg vil også takke Benedicte Carlsen for oppmuntrende, konstruktiv og tydelig veiledning. Hun har vært særdeles rask på tilbakemelding når små og store problemer dukket opp underveis i arbeidet med masteroppgaven. Tilslutt vil jeg takke resten av støtteapparatet på høgskolen og da spesielt bibliotekar som hjalp til med litteratursøket.

## **Sammendrag**

**Innledning:** I European Resuscitation Council's retningslinjer fra 2015 anbefales det at pårørende bør få mulighet til å være til stede ved hjerte-lunge-redning hvis de ønsker det. Praksisen er mye diskutert blant helsepersonell og rutinen har ikke vært like enkelt å implementere i praksis.

**Hensikten med studien:** Å lage en systematisk oversikt over kvalitative studier som har sett på hvordan helsepersonell opplever å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning.

**Metode:** Et systematisk litteratursøk ble utført i databasene MEDLINE, Embase, PsycINFO, SveMed+ og CINAHL. Metaetnografi ble benyttet ved analyse og syntetisering. Kvaliteten på den samlede dokumentasjonen og hvor mye tillit en kan ha til hvert enkelt funn ble vurdert ut ifra metoden *Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research*.

**Resultater/ diskusjon:** Ti studier som møtte inklusjonskriteriene ble inkludert. Fire hovedtemaer ble identifisert i analysen: Pårørendes tilstedeværelse påvirker helsepersonell, pårørende tilstedeværelse påvirker gjenoppliving, helsepersonells opplevelser av nytteverdi og ulemper for pårørende og den viktige, men vanskelige rollen som pårørendeansvarlig. Helsepersonell med mindre erfaring i hjerte-lunge-redning opplever å føle seg overvåket av de pårørende og er mer usikker på egen kompetanse enn helsepersonell med lengre erfaring. Helsepersonell er bekymret for at pårørende skal få psykiske ettervirkninger av å være til stede. Dette stemmer imidlertid ikke overens med det pårørende selv rapporterer i andre studier.

**Konklusjon:** Det kan være en fordel for helsepersonell å motta undervisning og gjennomgå simuleringstrening slik at helsepersonell føler seg tryggere i sin rolle når pårørende er til stede ved hjerte-lunge-redning.

**Nøkkelord:** Hjerte-lunge-redning, pårørende, helsepersonell, kvalitative studier, systematisk oversikt

## **Abstract**

**Introduction:** European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation from 2015 recommended that family should have the opportunity to be present during cardiopulmonary resuscitation. The practice is widely discussed among healthcare professionals and the routine has not been as easily implemented in practice.

**Purpose:** To conduct a systematic review of qualitative studies that have looked in to how healthcare professionals experience family presence during cardiopulmonary resuscitation

**Methods:** A systematic literature search was performed in the following databases MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL and SveMed+. Meta-ethnographics was used to synthesize and analyze the collected data. The Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research approach was used to assess how much confidence to place in each finding.

**Results and discussion:** Ten studies meeting the inclusion criteria were included. Four main themes emerged from the data analysis: Family presence affects healthcare professionals, family presence affects resuscitation, healthcare professionals` experiences of utility and disadvantages for family`s and the important, but difficult role as the family support person. Healthcare professionals with less experience in cardiopulmonary resuscitation feeling watched and are more uncertain about their own competence than healthcare professionals with longer experience. Healthcare professionals are concerned that relatives could have psychological repercussions of being present. This, however, does not match the relatives' own reporting, known from other studies.

**Conclusions:** It may be beneficial for healthcare professionals to receive training and undergo simulation training so that they feel more confident in their role when family are present during cardiopulmonary resuscitation.

**Key words:** cardiopulmonary resuscitation, family, healthcare practitioner, qualitative studies, systematic review

## Innhold

1 Innledning.....	1
1.1 Oppbygging av oppgaven.....	2
1.2 Bakgrunn .....	2
1.3 Min forforståelse .....	4
1.4 Hva kan en ny metasyntese tilføre av ny kunnskap? .....	5
1.5 Formål og forskningsspørsmål .....	6
2 Metode.....	6
2.1 Metaetnografi .....	7
2.2 Etikk .....	7
2.3 Utvalgsriterier.....	9
2.4 Litteratursøk .....	10
2.5 Søkestrategi .....	12
2.6 Utvelgelse av studiene.....	14
2.7 Dataanalyse .....	16
3 Resultat.....	18
3.1 Kvalitetsvurdering av studiene.....	18
3.2 Kjennetegn ved de inkluderte studiene .....	20
3.3 Å bestemme hvordan studiene er relatert til hverandre.....	25
3.4 Å oversette studiene til hverandre .....	26
3.5 Beskrivelse av funn .....	28
3.5.1 Pårørendes tilstedeværelse påvirker helsepersonell .....	28
3.5.2 Pårørendes tilstedeværelse påvirker gjenoppliving.....	29
3.5.3 Helsepersonells opplevelser av nytteverdi og ulemper for pårørende .....	30
3.5.4 Den viktige, men vanskelige rollen som pårørendeansvarlig .....	32
4 Diskusjon.....	34
4.1 Metodediskusjon .....	34



4.1.1 Refleksivitet .....	34
4.1.2 Begrensninger ved metasyntesen .....	36
4.2 Oppsummering av resultater .....	37
4.3 Diskusjon av funn.....	38
4.4 Vurdering av kvalitet på den samlede dokumentasjonen.....	49
4.5 Implikasjoner for praksis og videre forskning .....	52
5 Konklusjon .....	54

## Litteraturliste

Vedlegg I Fokuslister med emneord og tekstord

Vedlegg II Fagfellevurdering litteratursøk

Vedlegg III Søkehistorikk

Vedlegg IV Liste med studier som er ekskludert

Vedlegg V Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Vedlegg VI Matrise over analyseprosess

Figur 1 Prisma-flytdiagram

Tabell 1 SPIDER- rammeverk

Tabell 2 Fokusliste med emneord og tekstord i MEDLINE

Tabell 3 CASP- Qualitative Appraisal Checklist for Qualitative research

Tabell 4 Oversikt over de inkluderte studiene

Tabell 5 Matrise over analyseprosess: Pårørende påvirker gjenoppliving

Tabell 6 CERQual Sammendrag av kvalitative funn

Tabell 7-10 Fokuslister med emneord og tekstord

Tabell 11 Kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene

Tabell 12 Matrise over analyseprosess: Helsepersonells opplevelser av nytteverdi og ulemper for pårørende

## 1 Innledning

Familieorientert omsorg er en hjørnestein i helsetjenesten i mange land (Davidson et al., 2007). Pasienter og pårørende ønsker i større grad enn tidligere at pårørende tar del i beslutningsprosesser under sykehusopphold. Pårørende ønsker å være fysisk til stede for pasienten og etterspør dette også i akutte situasjoner som for eksempel ved hjertestans (Porter, Cooper & Sellick, 2013). Helsepersonell er pliktige til å ivareta pårørende også i akutte situasjoner (Helsedirektoratet, 2017). Tradisjonelt har praksis ved norske sykehus vært å la pårørende være adskilt fra pasienten på et egnet rom med støtte og oppfølging av sykepleier under hjerte-lunge-redning. På min arbeidsplass som er akuttmottaket ved Haukeland Universitetssykehus utarbeides det nå en retningslinje som innebærer at pårørende skal få tilbud om å være til stede på behandlingsrommet ved hjerte-lunge-redning av et nært familiemedlem. Per januar 2018 er det ikke kjent at det er andre akuttmottak i Norge som har utarbeidet retningslinjer på dette. Ved enkelte sykehus i USA har pårørende fått tilbud om å være til stede ved hjerte-lungeredning siden begynnelsen av 1980- tallet (Doyle et al., 1987). Helsedirektoratet skriver at helsepersonell i den grad det er mulig bør legge til rette for at pårørende kan ha samvær med pasienten i akutte situasjoner (Helsedirektoratet, 2017).

I retningslinjene fra European Resuscitation Council fra 2015 er det spesifisert at pårørende bør få mulighet til å være til stede ved gjenoppliving av et nært familiemedlem hvis de ønsker dette (Bossart et al., 2015). Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) som står bak de norske retningslinjene i avansert hjerte-lunge-redning angir at det er flere gode grunner til at pårørende bør få være til stede under gjenopplivningen, blant annet behovet for å være nær sin kjære når livet kanskje ebber ut (Norsk Resuscitasjonsråd, 2016, s. 16). I Europa oppstår hjertestans blant 0.5-1 per 1000 innbyggere hvert år. (Bossart et al., 2015). Tall fra 2018 registrert i Norsk hjertestansregister viser at bare 14% av personer som ble rammet av hjertestans utenfor sykehus var i live 30 dager etter hjertestansen oppsto (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre). Dette er derfor ofte slutten av livet for disse pasientene.

Pårørendes tilstedeværelse er av Emergency Nurses Association (ENA) definert som nærvær av pårørende på behandlingsrommet og på et sted som gir visuell eller fysisk kontakt med pasienten under invasive prosedyrer eller gjenopplivningsforsøket (National Guideline Clearinghouse, 2012). Pasientens pårørende er ifølge norsk lov den som pasienten selv har oppgitt som sine pårørende. I de tilfeller hvor pasienten selv ikke er i stand til å oppgi dette,

skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Helsepersonell som er til stede ved behandling av pasienter med hjertestans i sykehus varierer fra land til land og fra sykehus til sykehus. I Norge består hjertestansteamet ved sykehus stort sett av indremedisinske leger, anestesileger, anestesisykepleiere og sykepleiere i akuttmottak eller intensivsykepleiere. Når en pasient med hjertestans er ventet til et akuttmottak får en sykepleier i akuttmottak oftest ansvar for å ta seg av pårørende.

Fokuset for masteroppgaven er å lage en kvalitativ systematisk oversikt om hvordan helsepersonell opplever å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning.

## 1.1 Oppbygging av oppgaven

Oppgavens form er en systematisk oversikt over kvalitative studier, som inkluderer flere studier som har sett på hvordan helsepersonell opplever å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning. I bakgrunnen gjennomgår jeg kort eksisterende forskning på området. Jeg tar for meg pasienter, pårørende og helsepersonells perspektiver. Videre gjør jeg rede for min egen forforståelse og skriver litt om hva en metasyntese kan tilføre av ny kunnskap på området. Kapittelet ender med hensikten med oppgaven og forskningsspørsmålet. I metodekapittelet beskriver jeg metoden som er brukt, jeg gjør rede for de etiske vurderingene rundt oppgaven, utvalgskriteriene, litteratursøk, utvelgelsesprosessen og dataanalysen. Videre presenterer jeg under resultatkapittelet resultatet av litteratursøket, kvalitetsvurderingen av de inkluderte studiene og kjennetegn ved de inkluderte studiene. Analysen av studiene blir gjort rede for og resultatene beskrives. I diskusjonskapittelet starter jeg med metodediskusjon og diskuterer videre mine funn opp mot eksisterende forskning og til slutt blir styrken på funnene vurdert. Jeg avslutter oppgaven med implikasjoner for praksis, forslag til videre forskning og helt til sist en konklusjon. Jeg vil definere sentrale begreper underveis i oppgaven.

## 1.2 Bakgrunn

I dette kapitelet vil jeg gjøre rede for pårørendes, pasienter og helsepersonells perspektiv i eksisterende forskning.

Majoriteten av forskningen som omhandler pårørendes tilstedeværelse ved hjerte-lungeredning er gjennomført i USA, men det siste tiår er det også publisert studier fra andre

delar av verden etter som debatten om pårørendes tilstedeværelse har spredt seg internasjonalt (Twibell, Siela, Riwitis, Neal & Waters, 2017). En tidlig studie som omhandlet pårørendes erfaringer med å være til stede ved hjerte-lunge-redning fant sted på et sykehus i USA (Doyle et al., 1987). Pårørende fikk her tilbud om å være til stede ved gjenoppliving av et nært familiemedlem, istedenfor å henvise dem til et pårønderom adskilt fra deres kjære. Pårørende ble ivaretatt av sykepleier på behandlingsrommet. Resultatet fra studien til Doyle et al. (1987) viste at 94% av pårørende ville valgt å være til stede på nytt uavhengig av om gjenopplivningen var vellykket eller ikke, og 64% mente at deres tilstedeværelse var gunstig for den døende. En rekke aspekter ved pårørendes tilstedeværelse ved hjerte-lunge-redning er undersøkt i etterkant av studien til Doyle et al. (1987). I 2012 ble en systematisk oversikt over kvantitative studier av pårørendes perspektiver og erfaringer publisert (Paplanus, Salmond, Jadotte & Viera, 2012b). Noen av funnene i oversikten er at pårørende som har vært til stede ved hjerte-lunge-redning ville valgt det igjen, og pårørende ser på dette som sin rett. Oversikten indikerer at pårørende blir mindre plaget med angst og depresjon i etterkant av et eventuelt dødsfall og sorgprosessen oppleves lettere. En kvantitativ studie publisert i 2010 viste at 72% av pasientene som hadde vært behandlet for en livstruende tilstand i akuttmottak ønsket å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning. Blant de pårørende svarte 75% at de ønsket å være til stede (Mortelmans et al., 2010).

En systematisk oversikt over kvantitative studier fra 2015 har undersøkt om pårørendes tilstedeværelse påvirker pasientdødeligheten, kvaliteten på behandlingen og pårørendes psykiske utfall (Oczkowski, Mazzetti, Cupido & Fox-Robichaud, 2015). Resultatene fra denne oversikten viser med moderat styrke at pårørendes tilstedeværelse ikke påvirker behandlingsutfallet for pasienten i negativ retning og at pårørende skårer lavere på angst- og depresjonskala i etterkant av et eventuelt dødsfall.

Til tross for pasient og pårørendes ønsker om at pårørende er til stede ved gjenopplivning av et nært familiemedlem, har dette vist seg vanskelig å implementere i praksis blant helsepersonell (Sak-Dankosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist, 2017). Flere kvantitative studier og systematiske oversikter har sett på helsepersonells perspektiv på tilstedeværelse av pårørende ved hjerte-lungeredning (Ganz & Yoffe, 2012; Leung & Chow, 2012; Paplanus, Salmond, Jadotte & Viera, 2012a). Funn fra disse studiene viser at pasienter og pårørende er mer positive til å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning enn det helsepersonell er. Helsepersonell er blant annet bekymret for om pårørende får negative ettervirkninger av å være til stede og at teamet blir forstyrret i arbeidet. Helsepersonell gir uttrykk for at

manglende retningslinjer ved sykehusene gjør det vanskelig å invitere pårørende inn. Det har også vist seg å være vanskelig for helsepersonell å tilby pårørende å være til stede hvis det ikke er en sykepleier eller helsearbeider som kan være til stede for pårørende (Leung & Chow, 2012). En slik pårørendeansvarlig er ofte en sykepleier på norske sykehus, mens det for eksempel i Australia og USA kan være en sosialarbeider eller sykehusprest som har denne rollen (Porter, Miller, Giannis & Coombs, 2017).

I flere av studiene som har studert helsepersonells perspektiv, holdninger og erfaringer med pårørendes tilstedeværelse er det brukt kvalitativ metode (Sak-Dankosky et al., 2017; Twibell et al., 2017; Walker, 2014). Rittenmeyer og Huffman publiserte i 2012 en systematisk oversikt over kvalitative studier (kvalitativ metasyntese) som har sett på hvordan helsepersonell, pårørende og pasienter opplever pårørendes tilstedeværelse ved hjerte-lunge-redning (Rittenmeyer & Huffman, 2012). Dette er så langt jeg vet den første og eneste systematiske oversikten som oppsummerer kvalitative studier om temaet. Kort oppsummert er funnene i metasyntesen at pårørende mener det er deres rett å være til stede ved hjerte-lunge-redning og at pårørende beskriver deres tilstedeværelse som en mulighet til å være nær og gi trøst. Helsepersonell mener de må få ha kontroll over situasjonen og helsepersonell er bekymret for at pårørende får psykiske ettervirkninger av å være til stede. De fleste av studiene som er inkludert i oversikten er fra vestlige land som USA, Storbritannia, Sverige, Tyskland og Australia. I tillegg er en studie fra Sør-Afrika inkludert.

### 1.3 Min forforståelse

Forskerens person og bakgrunn vil påvirke forskningsprosesser, dette gjelder spesielt i kvalitative forskningsmetoder. Jeg må derfor være spesielt bevisst min egen innflytelse, og redegjøre for hvilken betydning det har for mine tolkninger og konklusjoner i denne systematiske oversikten over kvalitative studier. I kvalitative forskningsprosesser er det viktigste ifølge Malterud å konsentrere seg om betydningen av egen forforståelse og den teoretiske referanserammen som er valgt (Malterud, 2017b, s. 41-43). Forforståelse er ifølge Gadamer referert i Malterud (2017b, s. 44) de historiske og individuelle forutsetningene og erfaringer som mennesker har med seg som bevisste eller ubevisste deler av sitt tolkningsgrunnlag.

Selv har jeg har jobbet som sykepleiere ved ulike akuttmottak i Norge siden 2004, og har videreutdanning i akuttsykepleie. Jeg har fulgt debatten som har pågått både i Norge og

internasjonalt de siste årene om at pårørende skal få være til stede ved hjertelungeredning. I 2009 skrev jeg min avsluttende oppgave ved videreutdanning i akutt sykepleie om hvordan pårørendes tilstedeværelse ved hjerte-lunge-redning påvirker sykepleierens yrkesutøvelse. Jeg mener selv ut ifra dokumentert forskning at pårørende bør få tilbud om å være til stede ved hjerte-lunge-redning hvis de ønsker dette.

#### 1.4 Hva kan en ny metasyntese tilføre av ny kunnskap?

Litteratursøket i den kvalitative metasyntesen til Rittenmeyer og Huffman (2012) ble avsluttet i 2009, og etter dette er det publisert flere kvalitative enkeltstudier som kan gi ny kunnskap om emnet (Firn, DeVries, Morano & Spano-English, 2017; Hassankhani, Zamanzade, Rahmani, Haririan & Porter, 2017b; Hassankhani, Zamanzadeh, Rahmani, Haririan & Porter, 2017a; James, Cottle & Hodge, 2011). To av studiene som jeg har funnet til nå er fra et ikke-vestlige land (Iran) og kan være med på å gi en bredere forståelse av helsepersonells opplevelser også i andre kulturer. I lav- og middelinntekstland er det ikke vanlig at helsepersonell regelmessig lar pårørende få være til stede ved hjerte-lungeredning (Zali, Hassankhani, Powers, Dadashzadeh & Rajaei Ghafouri, 2017). Det er interessant å få med flere og ulike land for å se om opplevelsene til helsepersonellet er sammenlignbare. I metasyntesen til Rittenmeyer og Huffman (2012) er det ikke redegjort for hvordan helsepersonell opplever rollen som pårørendeansvarlig. Flere studier har konkludert med at det å ha en spesifikk person utpekt til å være pårørendeansvarlig kan være essensielt for å kunne tilby pårørende å være til stede ved hjerte-lungeredning (Johnson, 2017; Porter et al., 2017; Sak-Dankosky et al., 2017). Derfor er det viktig å også få med erfaringen til pårørendeansvarlig i en ny kvalitativ metasyntese. Rittenmeyer og Huffman (2012) har brukt en deskriptiv metode i sin analyse. Jeg vil derimot bruke metaetnografi som er en fortolkende metode, der jeg bearbeider og analyser videre resultatene fra eksisterende kunnskap (Malterud, 2017a, s. 33-34). Dette kan være med å gi ny forståelse om helsepersonells opplevelse.

Jeg har gjort litteratursøk i «PROSPERO» (International Prospective Register of Systematic Reviews) for å se at det ikke er en annen pågående kvalitativ metasyntese som omhandler samme temaet. PROSPERO er en database for registrering av systematiske oversikter (<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>). Jeg har også sendt mail til Rittenmeyer for å høre om de har planlagt en oppdatering av metasyntesen fra 2012, uten resultat på forespørselen.

## 1.5 Formål og forskningsspørsmål

Formålet med dette prosjektet var å lage en systematisk oversikt over kvalitative studier som har sett på hvordan helsepersonell opplever å ha pårørende til stede på behandlingsrommet ved hjerte-lunge-redning. Forskningsspørsmålet er: «Hvordan opplever helsepersonell å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning»?

## 2 Metode

En systematisk oversikt er en rigorøs oppsummering av all forskning som kan relateres til et spesifikt spørsmål, det kan være et spørsmål om skade, prognose, diagnose, effekt av helseintervensjoner eller erfaring/opplevelser. En systematisk oversikt kjennetegnes ved at den følger en streng metode for å prøve å unngå bias på alle stadier i oversikten.

Forskingsspørsmålet må være klart formulert med klare inklusjonskriterier, søkestrategi skal være oppgitt, resultatet av litteratursøket skal gjennomgås av to forskere uavhengig av hverandre og de inkluderte studiene skal være kvalitetsvurdert. Dataekstraksjon og analyse av data utføres også av to uavhengige forskere (Polit & Beck, 2017, s. 650-658).

Når en oppsummerer kvalitativ kunnskap i en systematisk oversikt blir det ofte kalt metasyntese. Ifølge Thorne et al. referert i Polit og Beck (2017, s. 659) representerer metasyntesen en familie av metodologiske tilnærminger for å utvikle ny kunnskap basert på rigorøs analyse av eksisterende kvalitative forskningsresultater. I en kvalitativ metasyntese følges en eksplisitt og transparent fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere forskning på samme måte som i kvantitative systematiske oversikter (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005, s. 138-142). Jeg vil bruke kvalitativ metasyntese som forskningsmetode for å kunne svare på forskningsspørsmålet mitt. Metoden brukes blant annet til å studere personers erfaringer, opplevelser, tanker og å gå dypere inn i personens holdninger. (Malterud, 2017a, s. 37). Mitt forskningsspørsmål dreier seg om hvordan helsepersonell opplever å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning og kvalitativ metasyntese er derfor en egnet metode for å svare på dette. I metasyntesen er det resultatene fra primærstudiene som danner grunnlag for analyse og syntese.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten anbefaler at alle systematiske oversikter som påbegynnes bør registreres i PROSPERO-databasen (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015, s. 22). Dette for å unngå duplisering. Jeg har registrert protokollen til

metasyntesen i PROSPERO-databasen før oppstart. Den er tilgjengelig på [http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display\\_record.php?ID=CRD42018086465](http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42018086465)

## 2.1 Metaetnografi

Akkurat som det er mange ulike metoder for å utføre kvalitativ forskning, så finnes det flere ulike tilnæringsmåter når en skal gjøre en metasyntese (Polit & Beck, 2017, s. 659).

Barnett-Page og Thomas referert i Polit og Beck (2017, s. 659) har identifisert tolv forskjellige metoder for å syntetisere kvalitativ forskning. Fremgangsmåtene som er mest brukt blant sykepleieforskere er metaetnografi, metastudy, qualitative metasummary, critical interpretive synthesis, grounded formal theory og thematic synthesis (Polit & Beck, 2017, s. 659). De fleste metoder som er utviklet for kvalitativ metasyntese har ifølge Malterud (2017, s.88) tydelige spor av Noblit og Hares metaetnografi i seg. Metoden dannet i sin tid utgangspunkt for kvalitativ metasyntese.

Jeg har valgt å bruke Noblit og Hare (1988) sin metode for syntese av kvalitative studier fordi de har en systematisk tilnærming som en kan følge, forklare og drøfte. Metaetnografi er en induktiv metode, hvor all syntese er fortolkning. Analysen i metasyntesen skal lede frem til ny forståelse og ikke være en gjenfortelling eller oppsummering av de inkluderte studiene (Noblit & Hare, 1988). Noblit og Hare tok selv utgangspunkt i etnografiske studier, men metoden kan brukes til synteser av alle typer kvalitative primærstudier (Malterud, 2017a, s. 76). Metaetnografi har hatt stor innflytelse blant sykepleieforskere (Polit & Beck, 2017, s. 663).

## 2.2 Etikk

Medisinsk og helsefaglig forskning er i Norge underlagt helseforskningsloven. Lovens formål er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2009, § 1). Det vil si at hensynet til deltagerens velferd og integritet i et forskningsprosjekt skal gå foran vitenskapen og samfunnets interesser. Medisinsk og helsefaglig forskning skal vareta etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold (Helseforskningsloven, 2009, § 5). Forskningsprosjekter skal godkjennes på forhånd av Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). I noen tilfeller faller ikke prosjektene inn under komiteens mandat,



men det vil likevel trolig være nødvendig å søke om godkjenning fra Personombudet for forskning (NSD). Når jeg skal sette i gang et forskningsprosjekt med metasyntes som metode er det ikke nødvendig å søke om godkjenning fra REK eller NSD (Malterud, 2017a, s. 136). Hvis jeg likevel er i tvil om det trengs å søkes godkjennelse har REK utarbeidet en sjekklister for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering for kvalitativ forskning (REK, 2010). Jeg har lest gjennom den.

Når jeg skal skrive en kvalitativ metasynthese har jeg ikke direkte kontakt med informantene i de inkluderte studiene. Det er ikke muligheter for at informantene kan gjenkjennes og det er derfor liten risiko for deltagerne i primærstudiene. Det forutsetter selvfølgelig at forfatterne av primærstudiene har innhentet nødvendige godkjenninger for studien sin og gjort rede for etiske vurderinger i studien sin. Når studienes metodiske kvalitet vurderes er etiske vurderinger et punkt på de fleste sjekklister for kvalitative studier. Jeg bør være spesielt observant på dette punktet i forhold til å være restriktiv ved bruk av sitater fra studier som ikke kan gjøre rede for om det er innhentet informert samtykke fra informantene (Malterud, 2017a, s. 136).

All forskning som er publisert og tilgjengelig er offentlig. Jeg behøver derfor ikke spørre forfatterne av primærstudiene om lov til å trekke ut data og arbeide videre med artiklene (Malterud, 2017a, s. 136). Dette forutsetter imidlertid at jeg krediterer forfatterne av studiene ved å henviser til dem i referanselisten. Jeg har likevel som forfatter av metasyntesen en etisk plikt til å ivareta det som er meningsinnholdet i hver enkelt primærstudie. Her skriver Malterud (2017a, s. 137) at en skal vise informantene og forfatterne av primærstudiene respekt ved å være varsom med hvordan en sammenfatter det de har tenkt og gitt uttrykk for. Også Noblit og Hare (1988, s. 28) sier det er viktig å beskytte de opprinnelige metaforene fra primærstudiene.

Alle studier skal bidra til ny kunnskap. En bør ikke sette i gang med et forskningsprosjekt hvis forskningen gjentar det som er kjent. Dette samme gjelder når en skal gjennomføre en metasynthese (Malterud, 2017a, s. 137-138). Forskningen min bør bidra til økt kunnskap på området hvis den skal være bærekraftig. Jeg har skrevet et kapittel i innledningsdelen med begrunnelse på hvorfor denne metasyntesen er viktig.

Jeg har ingen interessekonflikter ved gjennomføringen av denne metasyntesen og får heller ikke økonomisk støtte. Jeg har redegjort for min egen forforståelse i innledningen av oppgaven.

### 2.3 Utvalgskriterier

Kriteriene for inklusjon ble definert og satt inn i et rammeverk etter akronymet SPIDER. Dette er et rammeverk spesielt utarbeidet for søk etter kvalitative studier og studier med mikset metode. Rammeverk som PICO (population, intervention, comparison and outcome) og SPIDER gjør det mulig for forskerne å definere forskningsspørsmål og søkeord, som igjen legger til rette for en systematisk søkestrategi (Cooke, Smith & Booth, 2012). Jeg har i tillegg definert inklusjons og eksklusjonskriteriene nærmere under tabellen.

Tabell 1 SPIDER-rammeverk

SPIDER-rammeverk	Søkeord
S- Sample (utvalg)	Helsepersonell som har hatt pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning
P of I- Phenomenon of Interest (fenomen som skal undersøkes)	Hjerte-lunge-redning utført på voksne pasienter (over 18år) på sykehus med pårørende til stede
D- design	Intervju, fokusgruppeintervju o.l.
E- evaluation (evaluering)	Opplevelser og erfaringer til helsepersonell
R – research type (type forskning)	Empiriske kvalitative studier. Studier som har brukt kvalitative metoder både i datainnsamlingen og i analysen vil bli inkludert.

#### Inklusjonskriterier:

- Studiedesign: Jeg har inkludert empiriske kvalitative studier. Studier som har brukt kvalitative metoder både i datainnsamlingen og i analysen er inkludert.
- Fenomen av interesse: Helsepersonell sin opplevelse/erfaringer/holdninger med å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning av voksne pasienter (over 18 år) på sykehus. Det er mer innarbeidet blant helsepersonell at pårørende til barn under 18 år er til stede på behandlingsrommet ved prosedyrer og i akutte situasjoner (Madden & Condon, 2007). Helsepersonell er definert som sykepleiere, leger, ambulanspersonell, sosionomer.
- Geografisk spredning: Studier fra alle land er inkludert.

- Tidsperiode: Jeg har ikke avgrenset søket i databasene på tidsperiode, men den antatt første studien om pårørendes tilstedeværelse ved hjerte-lunge-redning er publisert i 1987 (Doyle et al., 1987).
- Språk: Studier på alle språk er vurdert for inklusjon så sant det forelå et engelsk abstrakt og det var praktisk mulig å få oversatt studien, og at de var søkbare i resultatsett med engelske søkeord.

Eksklusjonskriterier:

- Hjerte-lunge-redning utenfor sykehus.
- Studier der det ikke var registrert opplysninger om helsepersonellets opplevelser.

## 2.4 Litteratursøk

Å gjennomføre et grundig litteratursøk for å identifisere relevante studier er en sentral faktor for å minimere skjevheter i utvelgelsen av studier når en skal utføre en systematisk oversikt. Det er mange måter å lokalisere relevante studier på og det anbefales å bruke en kombinasjon av disse metodene (Centre for Reviews and Dissemination, 2009, s. 16).

Søk i bibliografiske databaser er den viktigste kilden til et systematisk litteratursøk (Malterud, 2017a, s. 52). Litteratursøket skal være veldokumentert og transparent, slik at andre kan gjenta litteratursøket med samme resultat (Lund, Juhl, Andreassen & Møller, 2014, s. 39). Jeg utførte et systematisk litteratursøk i juni 2018 i følgende databaser: MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid), PsycINFO (Ovid), CINAHL (EBSCO) og SveMed+. Det er ingen fasit på hvor mange databaser en bør søke i, men MEDLINE og CINAHL er de to hyppigst søkte kildene til kvalitativ forskning og det anbefales å gjøre søk i begge disse databasene. I en samling kvalitative metasynteser publisert i 2012-2013 ble det talt opp hvor mange databaser det ble søkt i for hver metasyntese. Største prosentandelen (37%) hadde gjort søk i 3-5 databaser (Booth, 2016). Det bør være tilstrekkelig bredde på søket, og da bør en gjøre søk i flere databaser enn MEDLINE og CINAHL (Malterud, 2017a, s. 52). SveMed+ er en nordisk artikkelbase for helsefag og inneholder referanser fra ca. 170 nordiske tidsskrifter. Ved å søke

i SveMed+ kan en finne artikler som ikke er oversatt til engelsk eller som har vært publisert i tidsskrifter som ikke er indeksert i andre databaser (<https://svemedplus.kib.ki.se/>).

Det er generelt vanskeligere å finne kvalitative studier enn kvantitative studier i databasesøk. Metodene og verktøyene som er tilgjengelig for å identifisere kvalitative studier er mindre velutviklet enn de som er tilgjengelig for å identifisere kvantitative studier. Det finnes flere årsaker til dette, blant annet er det forskjell på hvordan kvalitativ forskning er og har blitt indeksert i de bibliografiske databasene, som igjen har implikasjoner for søk (Centre for Reviews and Dissemination, 2009, s. 223). Emneordet (MeSH-terminen) «Qualitative research» ble tilføyd i MEDLINE så seint som i 2003. CINAHL har derimot hatt et bredt spekter av detaljerte emneord egnet for indeksering av kvalitativ forskning langt lengre enn 2003, for eksempel ble emneordene «qualitative studies» og «grounded theory» introdusert allerede i 1988 (Polit & Beck, 2017, s. 661). Indekseringen av kvalitativ forskning anses generelt som mindre nøyaktig enn indekseringen av kvantitative studier, både når det gjelder hvorvidt egnede indeksbetingelser er tilgjengelig og om de er brukt riktig (Centre for Reviews and Dissemination, 2009, s. 223).

I tillegg til søk i bibliografiske databaser er det anbefalt å søke etter litteratur gjennom å skanne referanselister til relevante studier samt lete etter det som kalles «grålitteratur». Dette kan være bøker, mastergradsoppgaver, ph.d.- avhandlinger eller artikler som er publisert i tidsskrifter som ikke er indeksert i databasene (Malterud, 2017a, s. 53). Å ta kontakt med forskere på området for å finne ut om det finnes pågående eller upubliserte studier kan også være en kilde til å identifisere studier. Jeg har valgt å ikke gjøre referansesøk eller søkt etter studier i grålitteratur. I følge Malterud (2017a, s. 53) er det tidkrevende å søke etter «grålitteratur» og det gir ofte begrensede resultater. Det er også mer vanlig at kvantitative effektstudier ikke blir publisert hvis det ikke har ønsket effekt. Publikasjonsbias er ikke et like stort problem i kvalitativ forskning. Det er ikke konsensus om hvorvidt søket for å identifisere kvalitative studier til en metasyntese trenger å være like omfattende som når en gjennomfører søk etter kvantitative studier, men det stilles likevel krav til at søket er så reproducerbart, eksplisitt og systematisk som mulig (Centre for Reviews and Dissemination, 2009, s. 224). Jeg har heller ikke tatt kontakt med forskere på området for å høre om det finnes pågående eller upubliserte studier. Dette begrunner jeg med tidsbegrensinger på masteroppgaven, samt at det gjør søket mindre transparent og etterprøvbart i etterkant. Jeg er klar over at ved å utelukke disse metodene i litteratursøket, gjør at jeg kan ha gått glipp av relevante studier til metasyntesen.

## 2.5 Søkestrategi

Søkestrategien er bygd opp etter Lund et al. (2014) sin anbefaling om å utarbeide en fokusliste. Dette er en tabell hvor en trekker ut viktige nøkkelord og prioriterer dem innbyrdes, med utgangspunkt i forskningsspørsmålet. Man utarbeider deretter en søkestrategi ut ifra fokuslisten, der man ved hjelp av prioriteringen i denne får plassert det viktigste ordet først. Dette kalles fokusområde. Ordet hjerte-lunge-redning er mitt første fokusområde (fokus 1), hvis et søk i f.eks. MEDLINE gir 200 treff, så er det et håndterlig antall treff og jeg behøver ikke avgrense søket mitt ytterligere. I mitt tilfellet genererer søket på hjerte-lunge-redning i ulike varianter 94099 treff i MEDLINE, det gjør at jeg må avgrense søket ved å ta med neste ord på fokuslisten (Lund et al., 2014, s. 40-41).

Søkestrategien må tilpasses for hver database en skal søke i (Lefebvre, Manheimer & Glanville, 2011, s. 6.4.5). Jeg har derfor satt opp en fokusliste med emneord og tekstord tilpasset de ulike databasene jeg har søkt i. Emneord er databasenes egne begreper og nøkkelord som studien blir indeksert etter. I MEDLINE (Ovid) kalles emneordene Medical Subject Headings (MeSH). MeSH blir også brukt i Embase (Ovid), PsycINFO (Ovid) og SveMed+. I CINAHL (EBSCO) blir emneordene kalt CINAHL Subject Headings (Lund et al., 2014, s. 54). Emneord er nyttige fordi det gjør det mulig å finne artikler som bruker forskjellige ord for å beskrive det samme konseptet, og det kan gi informasjon utover det som er beskrevet i tittel og sammendraget. For at søkestrategien skal være så omfattende som mulig, er det også nødvendig å inkludere et bredt spekter av tekstord for hvert av de valgte emneordene (Lefebvre et al., 2011, s. 6.4.5). Tekstordene som er brukt i søket er like i alle søkestrategiene, foruten i SveMed+ hvor søkeordene med forkortelsene «fwr» (family witnessed resuscitation) og «fpdr» (family presence during resuscitation) er utelatt, da dette er en nordisk database. Emneord og tekstord er identifisert ved å gå inn i flere ulike studier som omhandler temaet pårørendes tilstedeværelse ved hjerte-lunge-redning for å se hvilke emneord og tekstord som er oppgitt i disse studiene. Jeg har også gått inn i Medical Subject Headings-listen (MeSH-listen) til MEDLINE hvor det foreslås synonymer til MeSH-termene som jeg har som fokus ord (Lefebvre et al., 2011, s. 6.4.5). For hvert fokusområde har jeg prøvd å finne alle relevante emneord og tekstord, og så kombinert dem med den boolske operatøren «eller». Hvert fokusområde blir kombinert med den boolske operatøren «og». Fokuslisten med prioritert rekkefølge av emneord og tekstord er bygd opp med veiledning fra bibliotekar.

Jeg har valgt å bruke et sensitivt søkefilter (hybridfilter) som DeJean et al. (2016) har utviklet for søk etter kvalitative studier i databasene MEDLINE (Ovid), CINAHL (EBSCO) og Social Science Citation Index [SSCI]. Hybridfilteret viste ved et testsøk en konsekvent høy sensitivitet på tvers av databaser og emner, og minimerte den ressurskrevende prosessen med å gå igjennom mange falske positive treff (DeJean, Giacomini, Simeonov & Smith, 2016). Jeg brukte hybridfilteret i søkene i MEDLINE (Ovid), CINAHL (EBSCO) og Embase (Ovid). Søket i disse tre databasene genererte flest treff, og det var derfor behov for å avgrense søket ved å bruke filteret. For å kunne bruke hybridfilteret ved søk i Embase (Ovid) måtte jeg justere emneordene for kvalitativ forskning, da de ikke er like i MEDLINE (Ovid) og Embase Ovid. Tekstordene i hybridfilteret er de samme i MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid) og CINAHL (EBSCO).

Fokuslisten med emneord og tekstord som er utarbeidet for MEDLINE (Ovid) er presentert i tabell 2. Tabellene utarbeidet for Embase (Ovid), PsycINFO (Ovid), SveMed+ og CINAHL (EBSCO) er å finne som vedlegg I.

Tabell 2 – Fokusliste med emneord og tekstord MEDLINE

Fokus 1: Hjerter-lunge-redning	Fokus 2: Pårørende	Fokus 3: Helseperson	Fokus 4: Hybridfilter
<b>MeSH:</b> Resuscitation or	<b>MeSH:</b> Family or	<b>MeSH:</b> Attitude of Health Personnel or Health Personnel or Social Workers or Professional-Family Relations	<b>MeSH:</b> qualitative research exp or interview
<b>Tekstord:</b> cpr or cardiopulmonary resuscitation or cardio-pulmonary resuscitation or mouth to mouth resuscitation or fwr or fpdr	<b>Tekstord:</b> family or families or relative or next-of-kin or next of kin or parent or mother or father or adult child or son or sons or daughter or sibling or sister or brother	<b>Tekstord:</b> health care provider or health care practitioner or health personnel or Health Professional or health care worker or nurse or physician or doctor or personnel or staff or surgeon or social worker	<b>Tekstord:</b> theme\$ or thematic or qualitative or Nursing Methodology Research or questionnaire\$ or ethnological research or ethnograph\$ or ethnosing\$ or phenomenol\$ or (grounded adj (theor\$ or study or studies or research or analys?s)) or (life stor\$ or women* stor\$) or (emic or etic or hermeneutic\$ or heuristic\$ or semiotic\$) or (data adj1 saturat\$) or participant observ\$ or (social construct\$ or (postmodern\$ or post-structural\$) or (post structural\$ or poststructural\$) or post modern\$ or post-modern\$ or feminis\$ or interpret\$) or (action research or cooperative inquir\$ or co operative inquir\$ or co-operative inquir\$) or (humanistic or existential or experiential or paradigm\$) or (field adj (study or studies or research)) or human science or biographical method or theoretical sampl\$ or ((purpos\$ adj4 sampl\$) or (focus adj group\$)) or (account or accounts or unstructured or openended or open ended or text\$ or narrative\$) or (life world or life-world or conversation analys?s or personal experience\$ or theoretical saturation) or ((lived or life) adj experience\$) or cluster sampl\$ or observational method\$ or content analysis or (constant adj (comparative or comparison)) or ((discourse\$ or discours\$) adj3 analys?s) or narrative analys?s or heidegger\$ or colaizzi\$ or spiegelberg\$ or (van adj manen\$) or (van adj kaam\$) or (merleau adj ponty\$) or husserl\$ or foucault\$ or (corbin\$ adj2 strauss\$) or glaser\$

«Family witnessed resuscitation» eller «family presence during resuscitation» er ofte brukt som tekstord i studier som omhandler emnet. Jeg har testet ut flere forskjellige søkestrategier og får ved å bruke tekstordene «family witnessed» eller «family presence» i kombinasjon med resuscitation ikke flere relevante treff enn hvis jeg kombinerer resuscitation og family. Jeg har derfor ikke tatt med kombinasjonen «family witnessed» eller «family presence» i søket da det ikke genererte flere relevante treff. Forkortelsene Fpdr (family presence during resuscitation) og fwr (family witnessed resuscitation) er ofte brukt i artikler som omhandler temaet og er derfor tatt med som tekstord i søket, foruten i databasesøket i SveMed+ som forklart tidligere i kapittelet.

Søkestrategien er fagfellevurdert av forskningsbibliotekar. Jeg har gjort tilpasninger i søkestrategien på bakgrunn av tilbakemeldingen jeg har fått fra henne. Fagfellevurderingen ligger som vedlegg II.

Søkehistorikk fra MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid), PsycINFO (Ovid), CINAHL (EBSCO) og SveMed+ er tilgjengelig som vedlegg III.

## 2.6 Utvelgelse av studiene

Resultatet fra søkene mine fra de ulike databasene ble overført til referansehåndteringsprogrammet EndNote. Dette er et nyttig og relativt enkelt program for å holde oversikt over referanser. EndNote kan håndtere og lagre store mengder med publikasjoner (Lefebvre et al., 2011, s. 6.5.1). Jeg samlet alle referansene fra søket i de ulike databasene i en felles mappe i EndNote. En av fordelene med å bruke et EndNote som referansehåndteringsprogram er at en kan identifisere og fjerne identiske publikasjoner ved hjelp av duplikatprogrammet. Det er likevel sjelden at duplikatprogrammet får med seg alle duplikatene, derfor var det nødvendig å gå igjennom referansene manuelt i EndNote etterpå for å fjerne ytterligere duplikater. Når duplikatgjennomgangen var ferdig lastet jeg 2109 treff opp til screeningprogrammet Rayyan (<http://rayyan.qcri.org/>). Etter å ha selektert studiene viste det seg at ytterligere 45 treff er duplikater. Da satt jeg igjen med 2064 treff som skulle screenes for inklusjon.

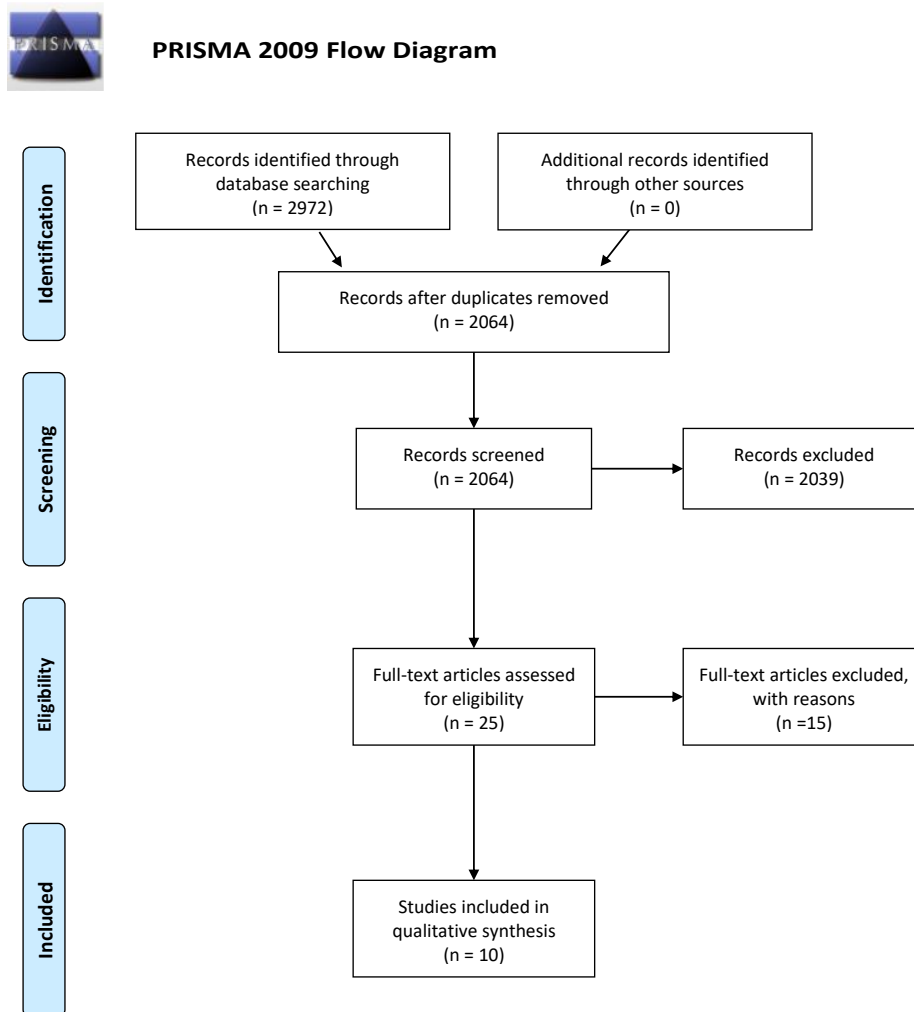
Jeg og en medstudent har uavhengig av hverandre gjennomgått resultatet fra litteratursøket. En slik systematisk og uavhengig gjennomgang skal forsøke å hindre uønskede skjevheter i utvalget av studiene (Malterud, 2017a, s. 57). Ved å bruke screeningprogrammet Rayyan kan en screene og velge ut studiene uavhengig av hverandre. Det er en prosess som er blindet,

hvor en ikke ser hva den andre har valgt ut av studier før en er ferdig med utvelgelsen. Rayyan er en gratis programvare laget for å hjelpe forskere som skriver systematiske oversikter slik at screening og utvelgelse går raskere og mer systematisk (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz & Elmagarmid, 2016). Studiene som ikke fylte kriterier for inklusjon i metasyntesen ble ekskludert etter gjennomlesing av sammendrag. Deretter ble de gjenværende studiene grundig lest i fulltekst for å gjøre en ny relevansvurdering for å se om studiene falt innenfor inklusjonskriteriene (Malterud, 2017a, s. 58). Uenighet mellom meg og min medstudent ble løst med felles diskusjon for å oppnå konsensus. Jeg har lest 25 studier i fulltekst og 10 studier ble deretter inkludert i oversikten. Jeg valgte å ekskludere studier med mikset metode (både kvantitativ og kvalitativ metode) etter å ha lest disse i fulltekst, da det viste seg å være vanskelig å kvalitetsvurdere disse studiene med valgt sjekklister fra Critical Appraisal Skills Programme (Critical Appraisal Skills Programme, 2018). Det var også vanskelig å finne «rikt» nok materiale i resultatdelen i disse studiene. I noen av studiene som ble ekskludert var det ikke spesifisert om informantene hadde hatt pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning eller om det bare var helsepersonells oppfatning og antagelser av fenomenet som kom til uttrykk. Vedlagt (vedlegg IV) følger begrunnelse for eksklusjon av de resterende 15 studiene.

Forløpet med utvelgelsene av studiene er presentert i et PRISMA- flytdiagram. (Liberati et al., 2009).



Figur 1 - PRISMA-flytdiagram



## 2.7 Dataanalyse

Noblit og Hare (1988) sin metode for metaetnografi for å analysere og syntetisere primærstudiene består av syv trinn. Disse trinnene overlapper hverandre og repeteres etter hvert som metasyntesen utvikles. Trinn en til tre er preanalytisk. Analysefasen er beskrevet i trinn fire til seks, mens trinn syv går inn på hvordan en skal beskrive syntesen i tekst.

Trinn 1-2: Her formuleres forskningsspørsmålet, søkestrategien utvikles, litteratursøk gjennomføres, seleksjonskriterier utarbeides og de inkluderte studiene blir kvalitetsvurdert. I trinn 3 nærleses de inkluderte studiene opptil flere ganger for å identifisere resultatene i primærstudiene. Her ekstraheres data som land, årstall, metode, kontekst, datainnsamlings metode og temaer fra de inkluderte studiene (Atkins et al., 2008).

I trinn 4 starter den analytiske fasen. Her bestemmer en hvordan studiene er relatert til hverandre. Her foreslår Noblit og Hare (1988) at en kan lage en liste over hovedmetaforer brukt i hver studie og sammenføye dem. Begrepet metaforer er det samme som omtales som tema eller konsepter i andre studier (Noblit & Hare, 1988, s. 14). En kan også lage en matrise og organisere resultatene fra primærstudiene i den. Malterud (2017a, s.79) foreslår å sette en indeksstudie som utgangspunkt og organisere metaforene fra de andre studiene i vertikale kolonner bortover. En indeksstudie kan ifølge Brown et al. referert i Malterud (2017a, s. 81) være en studie med variert og rik beskrivelse av resultatene. Men en kan også sette den eldste av studiene som en indeksstudie (Atkins et al., 2008). Først på slutten av dette trinnet får man den første antagelsen om hvordan de inkluderte studiene forholder seg til hverandre (Noblit & Hare, 1988, s. 28).

Videre i trinn 5 blir studiene oversatt til hverandre. Det vil i følge Noblit og Hare (1988, s. 28) si at metaforene i hver studie blir oversatt til hverandre. Først de to første studiene, hvor en syntetiserer metaforene og går videre og sammenligner syntesen med metaforene i neste studie. En tilstrekkelig oversettelse opprettholder de sentrale metaforene i hver studie. Oversettelse av studiene er en spesielt unik syntese fordi den beskytter de opprinnelige metaforene og samtidig muliggjør sammenligning. Ideelt sett skal det legges ned mye innsats for å utvikle en ny egen oversettelse, men hvis en av metaforene fra primærstudiene beskriver det bedre enn en jeg klarer ved å utvikle en ny overordnet metafor kan det aksepteres å bruke den (Malterud, 2017a, s. 84-85) . Det finnes tre forskjellige metoder studiene kan oversettes til hverandre: resiprok oversettelse (Reciprocal Translation Analysis-RTA) hvor metaforene i primærstudiene er direkte sammenlignbare, kontrasyntese (Refutational Synthesis-RT) hvor det blir lagt vekt på motsetninger mellom metaforene i primærstudiene, eller det kan utvikles en argumentasjonsrekke (Lines of Argument Synthesis-LOA) innebærer å bygge et nytt bilde av fenomenet basert på funnene fra resiprok oversettelse eller fra kontrasyntesen (Malterud, 2017a, s. 78).

I trinn 6 syntetiserer man oversettelsen. Det vil si at en utvikler en ny overordnet oversettelse som dekker de felles temaene og metaforene en har avdekket i trinn fire og fem (Noblit & Hare, 1988, s. 28). Det er på dette trinnet det er naturlig å presentere syntesen i form av en argumentasjonsrekke. Dette forutsetter at det er rikt nok material i primærstudiene til å kunne få en ny overordnet oversettelse (Malterud, 2017a, s. 78).

Siste trinn i Noblit og Hare sin metode for metaetnografi består i å formidle syntesen i tekst (Noblit & Hare, 1988, s. 27-29).

Ikke alle aspekter ved metaetnografi er like veldefinert i metoden til Noblit og Hare (1988). Det er derfor flere som har publisert artikler med ytterligere veiledning i forhold til analyseprosessen (Atkins et al., 2008; Campbell et al., 2011). Jeg har brukt disse artiklene som en hjelp i analyseprosessen der jeg opplevde at Noblit og Hare (1988) sin metodeveiledning kom til kort.

### 3 Resultat

Ti studier ble identifisert som møtte inklusjonskriteriene. Åtte av studiene var fra vestlige land som USA, England, Australia og Canada. To studier var fra Iran. Studiene var publisert mellom 2009-2017, og publisert på engelsk. Åtte av studiene brukte intervju som metode for datainnsamling, mens to studier brukte spørreundersøkelse med åpne spørsmål. Deltagerne i studiene var i hovedsak sykepleiere, tre studier har også med leger, en studie har med sosionomer, en studie har i tillegg til sykepleiere med sykehusprester og en studie har også inkludert ambulanspersonell i tillegg til sykepleiere. I syv av studiene er det opplevelsene / erfaringene til helsepersonell som utfører gjenopplivingen med pårørende til stede som er formålet med studien, mens det i to studier er opplevelsene/ erfaringene til den som har ansvaret for å ta seg av pårørende (pårørendeansvarlig) som er formålet.

#### 3.1 Kvalitetsvurdering av studiene

Eksklusjon av studier på bakgrunn av studienes metodiske kvalitet er omdiskutert når det gjelder kvalitativ forskning. Likevel aksepterer mange behovet for klare og transparente tilnærminger for å vurdere kvaliteten eller troverdigheten til forskningen som skal inkluderes i en metaanalyse (Centre for Reviews and Dissemination, 2009, s. 225). Sandelowski og Barroso referert i Polit og Beck (2017, s. 662) argumenterer mot at lav metodisk kvalitet på studier er grunn god nok til å ekskludere kvalitative studier. De mener at mangelfull rapportering eller det en forfatter av en metasynthese kanskje oppfatter som en metodefeil, vil føre til at studier med funn som er verdifull for praksis blir utelatt på bakgrunn av feil som kanskje ikke påvirker resultatet. Noblit og Hare referert i Polit og Beck (2017, s. 662) argumenterer også for å inkludere alle relevante studier, men å legge mest vekt på studier av høy kvalitet. Malterud (2017a, s. 58-59) sier på den andre siden at hvis resultatene fra primærstudiene skal brukes som evidens i en vitenskapelig analyse, bør studier av lav

metodisk kvalitet ekskluderes. Jeg har valgt å ikke ekskludere studier av lav metodisk kvalitet i metasyntesen, men å legge mindre vekt på disse i analysen.

Det finnes mange forskjellige sjekklister som er utarbeidet for å vurdere kvalitative studier (Centre for Reviews and Dissemination, 2009, s. 225). Jeg har valgt å bruke en sjekkliste for kvalitative studier som er utviklet i serien Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Sjekklistene i CASP er utviklet av en ekspertgruppe som har sine røtter i Evidence Based Medisin (EBM) tradisjonen. CASP startet i 1993 i Storbritannia for å hjelpe beslutningstakere innen helsevesenet å forstå vitenskapelig evidens (Critical Appraisal Skills Programme, 2018).

Sjekklisten består av ti spørsmål som tar for seg de viktigste punktene når studiens metodiske kvalitet skal vurderes. Sjekklisten tar for seg tre hovedområder hvor det først er to innledende spørsmål om formålet med studien er klart formulert og om kvalitativ metode er hensiktsmessig for å få svar på forskningsspørsmålet. Deretter følger syv spørsmål som går på hva som er resultatet i studien. Tilslutt er det spørsmål om resultatet er til nytte i min praksis.

Jeg har oppsummert resultatet av kvalitetsvurderingen av studiene i tabell 3.

Tabell 3 CASP Qualitative Appraisal Checklist for Qualitative Research

Spørsmål	yes	Can't Tell	No
1. Was there a clear statement of the aims of the research?	10		
2. Is a qualitative methodology appropriate?	10		
3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?	10		
4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	9	1	
5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?	10		
6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	3	1	6
7. Have ethical issues been taken into consideration?	4	5	1
8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	8	2	
9. Is there a clear statement of findings?	9	1	
10. How valuable is the research?	10		

Kvalitetsvurderingen av hver enkelt studie ligger som vedlegg V.

Gjennomgående kan en se ut fra kvalitetsvurderingen at de inkluderte studiene stort sett er av god metodisk kvalitet. Men to punkter skiller seg klart ut. Ett er spørsmålet som omhandler forskerens relasjon til informantene. Det er bare tre studier der forskeren har gjort rede for sin egen forforståelse og reflektert over hvilken betydning den har i forskningsprosessen. Det innebærer påvirkning på valg av problemstilling og hvilken innflytelse forskeren har på

datainnsamlingen, samt på rekrutteringen av informanter og valg av sted for intervjuer. Det andre punktet i sjekklisten som heller ikke er godt nok gjort rede for i studiene er hvordan etiske forhold er vurdert. Alle studiene hadde godkjenning fra etisk komite, men det uklart i fem studier om forskeren har diskutert eller tatt opp etiske dilemmaer som har oppstått underveis i studien. Det mangler også tilstrekkelig informasjon i studiene for å vurdere om forskningsprosessen ble tilstrekkelig forklart til informantene.

Tre av studiene som er kvalitetsvurdert hadde tre eller fire punkter hvor det var nødvendig å krysse av for uklart eller nei. To av studiene hadde derimot en rik beskrivelse i resultatdelen. Jeg har tatt dette med i betraktning når jeg har analysert studiene.

### 3.2 Kjennetegn ved de inkluderte studiene

Ulike data fra primærstudiene må ekstraheres og kodes for å få en oversikt over de ulike aspektene ved de inkluderte studiene (Polit & Beck, 2017, s. 662). For å kunne ekstrahere data må studiene leses flere ganger jamført med trinn tre i Noblit og Hare (1988) sin metode. Jeg har satt inn kjennetegn som forfatter, årstall, land, tittel, datainnsamling, kontekst og antall deltagere fra de inkluderte studiene i en tabell. I tillegg presenterer jeg de inkluderte studienes hensikt, metodologi, analysemetode og funn i teksten.

Tabell 4 Oversikt over de inkluderte studiene

Førsteforfatter /år	Land	Tittel	Datainnsamling	Kontekst	Deltagere
<b>Chapman (2013)</b>	Australia	Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite Family Witnessed Resuscitation: A qualitative perspective	Åpne spørsmål i spørreskjema	Et stort akuttmottak i Australia	77 sykepleiere, 25 leger og 12 individuelle som ikke er leger eller sykepleiere
<b>Firn (2017)</b>	USA	Social workers experiences as the family support person during cardiopulmonary resuscitation attempts	Intervju, åpne spørsmål	Et stort medisinsk senter i staten Michigan, USA	10 sosionomer
<b>Glück (2014)</b>	USA	How past experiences impact a nurse's decision about family presence during resuscitation: A phenomenological study	Semistrukturerte dybdeintervju	Akuttmottak på Long Island i staten New York	20 sykepleiere
<b>Hassankhani (2017a)</b>	Iran	Family presence during resuscitation: A double-edged sword	Semistrukturert intervju	Seks forskjellige sykehus i Tabriz, Iran	12 sykepleiere og 9 leger
<b>Hassankhani (2017b)</b>	Iran	Family support liaison in the witnessed resuscitation: A phenomenology study	Semistrukturerte intervjuer, åpne spørsmål	Akuttmottak eller i andre akuttavdelinger på seks ulike sykehus i Tabriz, Iran	12 sykepleiere og 8 leger
<b>James (2011)</b>	England	Registered nurse and health care chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation	Dybdeintervju, åpne spørsmål	Fire sykehus i Storbritannia	4 sykepleiere og 3 sykehus prester
<b>Lowry (2012)</b>	USA	«It's just what we do»: A qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol	Semistrukturert intervju, åpne spørsmål	Et Nivå 2 traume akuttmottak for voksne og barn i et non-profit sykehus i Midtvesten, USA.	14 sykepleiere
<b>McClement (2009)</b>	Canada	Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses perspectives	Åpne spørsmål i spørreskjema	Intensivavdelinger i Canada	242 sykepleiere
<b>Monks (2014)</b>	England	Care, compassion, and competence in critical care: A qualitative exploration of nurse's experience of family witnessed resuscitation	Semistrukturert intervju	En regional hjerte-toraks intensivavdeling i nordvest England	6 intensiv sykepleiere
<b>Walker (2014)</b>	England	Emergency care staff experiences of lay presence during adult cardiopulmonary resuscitation: a phenomenological study	Semistrukturert intervju	Ambulansestasjon og akuttmottak i Midland, Storbritannia	8 ambulans arbeidere og 12 sykepleiere

Chapman et al. (2013): Hensikten med studien var å utforske hvorfor helsepersonell inviterer eller ikke inviterer inn pårørende ved hjerte-lunge-redning. I studien svarte deltagerne på åpne spørsmål i spørreskjema om hvilken motivasjon de hadde for å invitere eller ikke invitere pårørende inn til en gjenoppliving. Et spørsmål gav deltagerne mulighet til å skrive hvilke tanker, følelser og oppfatning de hadde i forhold til pårørendebevitnet hjerte-lunge-redning. I

denne studien har halvparten av deltagerne opplevd å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning. Jeg har bare trukket ut funn som sier noe om hvordan helsepersonell som har hatt pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning opplever dette. Disse funnene lot seg skille ut. Forfatterne oppgir at de har brukt et kvalitativt design med kvalitativ dataanalyse. Studien har fire hovedfunn: 1) Motiverende faktorer hos helsepersonell var en grunn til å invitere pårørende til å være til stede ved hjerte-lunge-redning. Helsepersonell la særlig vekt på fordelene det gav pårørende. 2) Helsepersonell, pårørende og pasientenes personlige valg avgjorde om pårørende ble invitert inn på behandlingsrommet. 3) Helsepersonells vurdering baserte seg på beslutninger om å ikke invitere inn pårørende basert på helsepersonells oppfatninger av risiko forbundet med å ha pårørende til stede. 4) Organisatoriske faktorer som plass, arbeidsmengde og mangel på personell til å ta seg av pårørende var grunner til å ikke invitere pårørende inn (Chapman, Bushby, Watkins & Combs, 2013).

Firn et al. (2017): Hensikten med studien var å utforske hvordan sosionomer opplever å ha rollen som pårørendeansvarlig. Metodologien som ble brukt var *critical realist* metode hvor forfatterne har gjort en tematisk analyse (Maxwell, 2012). Studien har fem hovedfunn: 1) Å gå inn på behandlingsrommet midt i et gjenopplivingsforsøk uten noe informasjon og skulle presentere seg for hjertestansteamet og deretter skulle skifte fokus til pårørende blir beskrevet som å gå inn i kulden. 2) Støtter det å la pårørende få være til stede ved å argumentere for at de skal være der, gir støtte, gir og får informasjon og engasjerer pårørende i beslutningsprosesser. 3) Sosionomene responderer på hele spekteret av pårørendes sorg, fra pårørende får vite om hjertestansen til samtaler til å gi støtte når pårørende får dårlige nyheter samt forbereder pårørende til å se pasienten etter dødsfallet. 4) Sosionomene har oppgaver ut over det å bare være pårørendeansvarlig, de tilbyr også støtte til helsepersonell som har vært en del av gjenopplivingsforsøket. 5) Å være vitne til gjenopplivingen og ha rollen som pårørendeansvarlig hadde innvirkning på sosionomene både følelsesmessig og profesjonelt (Firn et al., 2017).

Glück (2014): Hensikten med studien var å utforske sykepleiere i akuttmottak sine levde erfaringer med pårørendebevitnet hjertestans. Studien har et fenomenologisk design og analysemetoden er fenomenologisk. Studien har to hovedfunn med fire underkategorier under hver: Tidligere erfaringer med å la pasienter ha pårørende til stede ved gjenoppliving påvirker sykepleiernes beslutninger om å la pårørende få være til stede ved fremtidige hjertestanser: 1) Sykepleierne mener at det er en positiv og verdifull opplevelse for pasient og pårørende. 2) Sykepleierne mener det er en positiv opplevelse for helsepersonell som er involvert. 3) Det er

viktig med retningslinjer på sykehuset for å fremme pårørendebevitnet gjenoppliving. 4) Det er viktig å utpeke en pårørendeansvarlig tidlig i forløpet, dette kommer pårørende til gode. Det neste hovedfunnet er personlige faktorer hos sykepleierne påvirker beslutningen om pårørende får tilbud om å være til stede ved gjenoppliving 1) Sykepleierne opplever det som en positiv opplevelse for seg selv og hjelper dem å gi familiebasert omsorg. 2) Tidligere opplevelser påvirker sykepleierens følelser i forhold til å være til stede hvis en i ens egen familie blir gjenopplivet. 3) Sykepleierens kultur, religiøse tro og egen familiedynamikk påvirker sykepleierens følelser rundt praksisen 4) Sykepleieren er skeptiske til å tillate barn og ungdom å være til stede ved gjenoppliving av et nært familiemedlem. (Gluck, 2014).

Hassankhani et al. (2017a): Hensikten med studien var å utforske helsepersonell i hjertestansteam sin opplevelse av å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning i en iransk kontekst. Fortolkende fenomenologisk design hvor dataanalyse ble utført ved bruk av den hermeneutiske syklusen som utgjør lesing, reflekterende skriving og tolkning (Van Manens). To hovedfunn: 1) Pårørendebevitnet gjenoppliving har noen destruktive og skadelige effekter på hjertestansteamet og på pasientens familie. 1) Pårørende som er til stede ved gjenoppliving kan være positivt og støttende (Hassankhani et al., 2017a).

Hassankhani et al. (2017b): Hensikten med studien var å utforske hjertestansteamets levde erfaringer med å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning. Det ble brukt et hermeneutisk fenomenologisk design og dataanalysen ble utført ved bruk av den hermeneutiske syklusen som utgjør lesing, reflekterende skriving og tolkning (Van Manes fire grunnleggende eksistensialer). Tre hovedfunn: 1) Helsepersonell opplevde at det ble utført nytteløs gjenoppliving i tilfeller hvor pasienten allerede var død når pårørende var til stede. 2) Å ha en pårørendeansvarlig er viktig for å kunne la pårørende få være til stede ved gjenoppliving. 3) Pårørendes tilstedeværelse påvirker hjertestansteamets arbeid. (Hassankhani et al., 2017b).

James et al. (2011): Studiens hensikt var å gi en dybdeforståelse av sykepleiere og sykehusprestere perspektiv på å ha rollen som pårørendeansvarlig. Fenomenologisk design, hvor det ble foretatt en innholdsanalyse som oppgis i studien at den er tilpasset fra Colaizzi (1979). Syv hovedfunn: 1) Å vurdere pårørendes og pasientens egne ønsker om å la pårørende få være til stede og vurdere pårørendes egnethet. 2) Å kunne gi pårørende så mye valg som mulig, men likevel kunne ta pårørende ut fra behandlingsrommet hvis det påvirket gjenopplivingen eller de ble for stresset. 3) Å la pårørende få være nær, men samtidig ikke i veien. 4) Det å gi fortløpende informasjon både før pårørende skal inn på behandlingsrommet



og mens de er til stede. 5) Å skulle hjelpe pårørende å innfinne seg med døden. 6) Sykepleierne opplevde at for lite tid var et problem når sykepleieren hadde rollen som pårørendeansvarlig og sykehuspresten opplevde problemer med å bli akseptert av hjertestansteamet i rollen som pårørendeansvarlig. 7) det er viktig å kunne få støtte når en innehar rollen som pårørendeansvarlig (James et al., 2011).

Lowry (2012): Studien hadde to hensikter. Hovedformålet var å beskrive fordeler og ulemper ved pårørendebevitnet hjertestans for pårørende gjennom å utforske sykepleiere i akuttmottak sine oppfatninger. Det sekundære formålet var å forklare pårørendebevitnet hjertestans gjennom sykepleiernes oppfatning. Deskriptivt kvalitativt design hvor en konseptuell innholdsanalyse (Palmquist) er brukt for å analysere data. Studien har to funn på hovedformålet: 1) Sykepleierne opplevde at pårørende hadde muligheter til å se at pasientens tilstand endret seg over tid. 2) Pårørende var i større grad i stand til å verdsette innsatsen som ble gjort for å redde livet til deres kjære. På det sekundære formålet med studien viser funnene at sykepleierne så etter pårørende og ventet at de skulle komme og være til stede.

Sykepleierne var også komfortabel med forskjellig oppførsel blant pårørende. Sykepleierne gav pårørende muligheter til å komme og gå på behandlingsrommet slik de følte for.

Pårørende får anledning til å gi trøst til sin kjære (Lowry, 2012).

McClement et al. (2009): Hensikten med studien var å 1) utforske kanadiske intensivsykepleieres praksis og preferanser i forhold til pårørendebevitnet gjenoppliving, 2) beskrive deres perspektiver i forhold til behov for retningslinjer i forhold til å ha pårørende til stede 3) beskrive intensivsykepleiernes opplevelse med å ha pårørende til stede ved gjenoppliving. Åpne spørsmål i en spørreundersøkelse, hvor deltagerne fikk mulighet til å gi kvalitative kommentarer angående deres erfaring med pårørendebevitnet gjenoppliving. De kvalitative svarene i spørreundersøkelsen er analysert for seg selv og presentert i denne artikkelen. Deskriptivt kvalitativt design og data ble analysert ved å bruke innholdsanalyse og konstant komparativ teknikk. Fire hovedfunn: 1) Sykepleierne beskriver hvilke fordeler pårørende har ved å være til stede. 2) Sykepleierne beskriver hvilke risikofaktorer det er for pårørende å være til stede. 3) Sykepleierne beskriver hvilke fordeler det er for helsepersonell at pårørende er til stede. 4) Sykepleierne beskriver hvilke ulemper det er for helsepersonell å ha pårørende til stede ved gjenoppliving. (McClement, Fallis & Pereira, 2009).

Monks og Flynn (2014): Hensikten med studien var å få innsikt i sykepleieres erfaringer med å ha pårørendes tilstedeværelse ved gjenoppliving og identifisere eventuelle implikasjoner for intensivmedisin. Fenomenologisk design hvor Van Manen`s tematiske analysemetode ble

brukt for å analysere data. Det er tre hovedfunn: 1) Intensivsykepleieren opplever at hun må utvikle ekspertisen sin utover det hun kan fra før. Pårørendes tilstedeværelse utfordrer intensivsykepleierens ekspertise. 2) Intensivsykepleieren bygger relasjoner til pårørende og føler et ansvar for å guide dem gjennom en traumatisk opplevelse. 3) Intensivsykepleieren så gjenopplivingsforsøket gjennom pårørendes øyne. Dette gav sykepleierne en mulighet til å skape et personlig, empatisk og humant bilde av gjenopplivingsforsøket. (Monks & Flynn, 2014).

Walker (2014): Hensikten med studien er å utforske den levde erfaringen med å ha pårørende til stede ved gjenoppliving på voksne utenfor sykehus og på sykehus. Deltagerne i studien er både ambulansesarbeidere (prehospital hjertestans) og sykepleiere i akuttmottak. Resultatene fra sykepleiere i akuttmottak lar seg skille ut fra svarene gitt av ambulansepersonell. Det ble brukt et hermeneutisk fenomenologisk design hvor dataene ble analysert ved hjelp av tematisk analyse og tolkning basert på van Manen`s teori. Fem hovedfunn: 1) Deltagerne hadde respekt for lekpersonen som er til stede i form av deres positive bidrag til gjenopplivingsforsøket. 2) Å vise profesjonell autoritet 3) Deltagerne ga uttrykk for ubehag ved å bli «overvåket» av lekpersonen og mente det la et stort press på utførelsen av gjenopplivingen. 4) Deltagerne gjorde forberedelser før pårørende kunne være til stede. 5) Deltagerne oppfattet både negative og positive effekter for pårørende som var til stede ved gjenoppliving. (Walker, 2014).

### 3.3 Å bestemme hvordan studiene er relatert til hverandre

I trinn fire i Noblit og Hare (1988) sin metode for metaetnografi starter den analytiske prosessen. Nøkkelen til å syntetisere kvalitativ forskning ligger i å involvere seg dypt i funnene som er presentert av forfatteren av primærstudien og deretter prøver å kombinere disse for å kunne summere opp funnene og nå en høyere grad av fortolkning (Campbell et al., 2011, s. 68). Jeg startet derfor med å lese primærstudiene flere ganger for å identifisere alle metaforene i studiene. Jeg tok for meg funn som var relatert til problemstillingen og markerte de med tusj. Etter å ha markert metaforene i hver enkelt studie identifiserte jeg en indeksstudie. Jeg valgte å ta utgangspunkt i studien til Monks og Flynn (2014): «Care, compassion and competence in critical care: A qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitations» som hadde en rik beskrivelse av resultatene sammenlignet med de andre inkluderte studiene. Temaer fra studiene ble listet i vertikale kolonner i en matrise (i Microsoft Excell) med utgangspunkt i studien til Monks og Flynn

(2014) i kolonne nummer en. De resterende ni studiene ble plassert videre i kolonner horisontalt. Rekkefølgen på studiene etter indeksstudien er tilfeldig valgt i denne analysen da det ikke var noen resultater fra primærstudiene som skilte seg betydelig ut i forhold til andre. Jeg er oppmerksom på at i noen tilfeller kan en kronologisk rekkefølge være det mest riktige for å lettere kunne se for eksempel en holdningsendring over tid (Atkins et al., 2008). Jeg tok for meg én studie av gangen og plasserte metaforer som var sammenlignbare horisontalt i matrisen. Dette gjorde det mulig å se sammenheng og kontrastene mellom studiene (Malterud, 2017a, s. 80). Funn som ikke var relatert til forskningsspørsmålet ble forkastet (Major & Savin-Baden, 2010, kp 4, Identifying findings). Noen metaforer var bare å finne i en studie, men den ble likevel plassert inn i matrisen så lenge metaforen var relevant for problemstillingen min. Nye metaforer som ble identifisert ble plassert i nye celler vertikalt i matrisen. Jeg prøvde å oversette metaforene til norsk på best mulig måte, slik at de var tro mot den opprinnelige betydningen og begrepene i hver studie. Jeg er likevel oppmerksom på at jeg kan ha mistet noe av det autentiske fra primærstudiene ved å oversette disse.

Prosessen med å trekke ut metaforer fra primærstudiene ble utført tre ganger og satt i tre ulike matriser for å forsikre meg om at jeg hadde fått med meg alle metaforene fra primærstudiene. Det ble satt dato på de forskjellige matrisene, slik at jeg hele tiden kunne se hva som var endret fra den forrige. Jeg identifiserte tilslutt 34 forskjellige metaforer fra de ti inkluderte studiene. Først på slutten av dette trinnet hvor alle metaforene fra primærstudiene var plassert inn i matrisen kunne jeg gjøre en antagelse om hvordan studiene var relatert til hverandre. Jeg vurderte det slik at primærstudiene var såpass like at jeg kunne gå videre i trinn 5 og gjøre en resiprok oversettelsesanalyse (RTA). Det vil si at studiene er direkte sammenlignbare (Polit & Beck, 2017, s. 663).

### 3.4 Å oversette studiene til hverandre

I trinn 5 gikk jeg systematisk gjennom de 34 metaforene som ble identifisert i forrige trinn i analysen, for å utvikle nye overordnet metaforer som dekker metaforene fra primærstudiene (Malterud, 2017a, s. 79). Jeg så allerede i slutten av forrige trinn at studiene var såpass like at det kunne gjøres en resiprok oversettelsesanalyse. Jeg hadde derfor en viss formening om hvordan metaforene var relatert til hverandre før jeg startet å oversette studiene til hverandre. For å kunne belyse problemstillingen min ble fire hovedfunn lokalisert ut ifra en overordnet vurdering av metaforene som ble identifisert i trinn 4. Deretter ble videre analyse gjennomført

med fokus på disse funnene 1) pårørendes tilstedeværelse påvirker helsepersonell, 2) pårørende påvirker gjenoppliving, 3) helsepersonells opplevelse av nytteverdi og ulemper for pårørende og 4) den viktige, men vanskelige rollen som pårørendeansvarlig. Her ble jeg inspirert av Malterud (2017a, s.84) som beskriver en slik tilnærming når hun kommer med et konkret eksempel på analyse og syntese med en metaetnografisk metode.

Jeg tok utgangspunkt i matrisen hvor de 34 metaforene fra primærstudiene er satt inn. Jeg startet med øverste cellerekke horisontalt og sjekket igjen om metaforene hadde samme mening. Deretter fortsatte jeg i radene under med å gjøre det samme. Jeg tok metaforene som var plassert i samme kolonne horisontalt og satt dem inn i en ny matrise organisert med forfatter og årstall i kolonner bortover. Deretter tok jeg metaforer som var innenfor samme hovedfunn, men ikke like og plasserte i radene under. Når jeg hadde identifisert alle metaforene som var innenfor samme hovedfunn fra den opprinnelige matrisen fra forrige trinn, fikk jeg større oversikt over materialet. Det gjorde at jeg lettere kunne utvikle en egen oversettelse av metaforene. Jeg oversatte ikke studiene to og to før jeg gikk videre til neste slik det er beskrevet i metoden til Noblit og Hare (1988), men jeg gikk gjennom den horisontale kolonnen med metaforer og gav metaforene en ny overordnet oversettelse. En tilstrekkelig oversettelse opprettholder de sentrale metaforene i hver studie (Noblit & Hare, 1988, s. 28). Den nye overordnede oversettelsen av metaforene betegnes heretter som delfunn. Jeg identifiserte til sammen 17 delfunn fordelt under de fire hovedfunnene. I neste kapittel blir de 17 delfunnene belyst og kategorisert under hovedfunn.

Tabell 5 viser matrisen for analyseprosessen av hovedfunnet: Pårørende påvirker gjenoppliving.

Tabell 5 Matrise over analyseprosess: Pårørende påvirker gjenoppliving

Monks (2014)	Walker (2013)	Lowry (2012)	McClement (2009)	Hassankhani (2017a)	Hassankhani (2017b)	Glück (2014)	Firns (2017)	James (2011)	Chapman (2013)	Min oversettelse
			Avbrytelse og distraksjon i gjenopplivingen	Pårørende avbryter, forstyrrer og blander seg inn i gjenopplivingen	Pårørende distraherer helsepersonell				Pårørende forstyrrer gjenoppliving	Pårørende forstyrrer gjenopplivingen
			Pårørende aksepterer at en stopper gjenopplivingen og kan være med å avvikle det selv.		Pårørende kan av og til stoppe gjenopplivingen tidligere når det er eldre, syke mennesker	Pårørende kan involveres i å fortsette eller stoppe gjenoppliving	Sosialarbeideren engasjerer pårørende i avgjørelser stoppe/fortsette hlr.		Kan være med å bestemme om gjenopplivingen skal avsluttes	Pårørende stopper nytteløs gjenoppliving
					Forlenger gjenoppliving	Forlenger gjenopplivingen inntil pårørende er klar for å ta farvel			Føler seg presset til å fortsette gjenopplivingen lenger enn nødvendig	Pårørende forlenger gjenoppliving

I denne matrisen kan en se at indeksstudien ikke har metaforer som har bidratt til dette hovedfunnet. Selv om jeg har begrunnet valg av indeksstudie med at den har rike resultater er

det altså likevel ikke sikkert at en indeksstudie bidrar med metaforer til alle funn i metasyntesen.

Vedlagt til oppgaven er også matrisen for analyseprosessen av hovedfunnet *helsepersonells opplevelser av nytteverdi og ulemper for pårørende* (vedlegg VI). På grunn av store matriser er det vanskelig å få plass til de to resterende matrisene utarbeidet for de to siste hovedfunnene.

### 3.5 Beskrivelse av funn

#### 3.5.1 Pårørendes tilstedeværelse påvirker helsepersonell

Under dette hovedfunnet har jeg identifisert syv delfunn fra studiene. Noen delfunn er representert i tre til syv studier, mens noen delfunn finner jeg bare i en studie. Jeg har likevel valgt å ta med disse funnene, da det kan være interessant å diskutere det opp mot f.eks. kultur og land og hvorfor det ikke er å finne i de andre inkluderte studiene.

Helsepersonell føler seg overvåket og vurdert av pårørende. Dette fører igjen til usikkerhet på egen kompetanse og egne ferdigheter i gjenopplivingen. Stressnivået øker blant teammedlemmene. Helsepersonell er også bekymret for klager fra pårørende samt juridiske konsekvenser. Disse delfunnene finner jeg i syv studier (Chapman et al., 2013; Hassankhani et al., 2017b; Hassankhani et al., 2017a; Lowry, 2012; McClement et al., 2009; Monks & Flynn, 2014; Walker, 2014). På en annen side ser det også ut som at helsepersonell med erfaring både med hjertestans og med å ha pårørende til stede ved hjertestans føler seg trygge på jobben de utfører. Walker (2014) beskriver det slik:

In contrast to the perception of added stress and pressurised performance, participants talked about being untroubled by the presence of lay people. A mixture of practical experience and personal confidence in emergency care appeared to influence their ability to cope with this situation. (s. 456)

I tillegg til studien til Walker (2014) støtter også Lowry (2012) og Hassankhani et al. (2017 b) dette delfunnet.

Pårørendes tilstedeværelse ved hjerte-lunge-redning gjør at helsepersonell ser mennesket bak pasienten. De ser ikke bare en arbeidsoppgave eller en medisinsk diagnose. Helsepersonell blir bevisst på at pasienten er et menneske som tilhører noen. Helsepersonell føler de får gitt omsorg til både pasienten og pårørende ved å la de få være til stede. Dette gir en positiv

opplevelse for helsepersonellet. Fem studier støtter dette delfunnet (Chapman et al., 2013; Gluck, 2014; Lowry, 2012; McClement et al., 2009; Monks & Flynn, 2014)

Å la pårørende få være til stede fører til bedre kommunikasjon og fokus blant medlemmene i hjertestansteamet. Dette delfunnet er identifisert i tre studier (Gluck, 2014; Hassankhani et al., 2017b; Walker, 2014)

Helsepersonell føler de ikke kan bruke vanlig mestringsstrategier på behandlingsrommet når pårørende er til stede. Dette er et funn som jeg bare finner i en studie. McClement et al. (2009) skriver at «Nurses in this study explained that resuscitation teams often use humor to help them cope with the stressful nature of their work. Such humor, while understood by the team, may be misconstrued by family member present at the bedside» (s.236).

Helsepersonell som har oppgaven å ta seg av pårørende blir følelsesmessig påvirket av dette. De trenger tid mellom hver gang de har rollen. Det er to studier som har tatt sett på hvordan den pårørendeansvarlige opplever det å ta seg av pårørende og dette delfunnet finner en igjen i begge studiene (Firn et al., 2017; James et al., 2011).

Helsepersonell står i fare for å bli utsatt for vold fra aggressive pårørende. Dette funnet finner en bare i studien til Hassankhani et al. (2017 a). De beskriver det slik: «Aggressive family behavior is often directed towards the resuscitation team members» (s. 131).

### 3.5.2 Pårørendes tilstedeværelse påvirker gjenoppliving

Under dette hovedfunnet har jeg kombinert tre delfunn fra studiene. Disse tre delfunnene finner en igjen i alt fra tre til fem studier.

Pårørende forstyrrer gjenopplivingen. Helsepersonell opplever at pårørende avbryter, distraherer og blander seg inn i gjenopplivingen, dette fører til at helsepersonell ikke får utført oppgavene sine. Fire studier støtter dette delfunnet (Chapman et al., 2013; Hassankhani et al., 2017b; Hassankhani et al., 2017a; McClement et al., 2009). Til forskjell fra delfunnet hvor helsepersonell står i fare for å bli utsatt for vold, går dette delfunnet direkte på avbrytelser og forstyrrelser som påvirker kvaliteten på arbeidet som blir gjort med pasienten. «Disruptive families, those characterized by respondents as being excessively emotionally expressive and yelling at staff, were identified as interfering with the ability of the healthcare team to perform their duties» (McClement et al., 2009, s. 237).

Fem studier støtter delfunnet som beskriver at pårørendes tilstedeværelse på behandlingsrommet kan være med å stoppe nytteløs gjenoppliving (Chapman et al., 2013; Firn et al., 2017; Gluck, 2014; Hassankhani et al., 2017b; McClement et al., 2009). Pårørende involveres i hjertestansteamets avgjørelser om å fortsette eller stoppe behandlingen. Helsepersonell opplever at pårørende lettere aksepterer at gjenopplivingsforsøket avsluttes når de er til stede på behandlingsrommet selv (McClement et al., 2009). I Hassankhani et al. (2017b) er et eksempel på dette beskrevet: «When caring for elderly patients, who have multiple medical conditions, cursory CPR interventions is done for a shorter period of time, often ceasing in the request of the patient`s family» (s. 98).

Pårørendes tilstedeværelse ved hjerte-lunge-redning kan også føre til at gjenopplivingen blir forlenget. Tre studier støtter dette delfunnet (Chapman et al., 2013; Gluck, 2014; Hassankhani et al., 2017b). I studien til Hassankhani et al. (2017 b) er et av hovedtemaene nytteløs gjenoppliving. Gjenopplivingen ble forlenget ved terminale kreftpasienter for å møte forventningene til pårørende som var til stede, det ble også utført forlenget hjerte-lunge-redning på pasienter som var død ved ankomst til sykehuset hvis pårørende var til stede. Dette for å unngå muligheten for at pårørende ble agiterte og redusere risikoen for klager og juridiske konsekvenser. Gjenopplivingen ble også forlenget for å la pårørende få muligheter til å tilpasse seg prognosen, og legge til rette for sorgprosessen. Dette opplevde helsepersonell i studien særlig ved unge traumepasienter med store hodeskader. I studien til Glück (2015) beskriver en deltager at lengden på gjenopplivingen blir påvirket av at pårørende er til stede. Hjerte-lunge-redningen blir forlenget inntil pårørende er klar for å si farvel. I Chapman et al. (2014) beskrives det slik: «Some staff described feeling under more pressure to continue with the resuscitation longer than necessary when family member were present» (s. 21).

### 3.5.3 Helsepersonells opplevelser av nytteverdi og ulemper for pårørende

Under dette hovedfunnet har jeg kombinert tre delfunn. Disse delfunnene finner jeg igjen i fire til seks av studiene. Dette er helsepersonells egne erfaringer og tanker om hvordan pårørende opplever nytteverdi og ulemper ved å være til stede ved hjerte-lunge-redning. Pårørende er ikke spurt i disse studiene, men deltagerne i studien kan likevel ha opplevd å få tilbakemelding fra pårørende om hva de opplevde som positivt og negativt ved å være til stede.

*Å se at alt er blitt gjort og være til stede for å ta farvel.* Helsepersonell opplever at pårørende ved å være til stede innser alvoret i situasjonen, de ser også at pasientens tilstand utvikler seg. Lowry (2012) skriver: «The nurses described the importance of the family member (FM) being able to witness their loved one`s condition changing over time in contrast to the FM waiting in another room and only coming in once their loved one has died» (s. 331). Pårørende ser at alt er gjort og setter pris på innsatsen som helsepersonellet har lagt i gjenopplivingsforsøket. Å være til stede å se selv gjør at helsepersonell opplever at pårørende får økt tillit til medlemmene i hjertestansteamet. Pårørende får mulighet til å ta farvel med sin kjære. Helsepersonell opplever at pårørende ved å få være til stede hjelper dem å akseptere døden lettere og starte sorgprosessen. Seks studier støtter dette delfunnet (Chapman et al., 2013; Gluck, 2014; Hassankhani et al., 2017a; Lowry, 2012; McClement et al., 2009; Walker, 2014).

Helsepersonell er bekymret for om pårørende får negative ettervirkninger av å være til stede ved gjenoppliving av et nært familiemedlem. De uroer seg for at pårørende sitter igjen med et negativt bilde etter å ha blitt eksponert for brutale scener i gjenopplivingsforsøket.

Helsepersonell er bekymret for om de påfører pårørende unødig lidelse og om det kan forårsake posttraumatisk stress i etterkant. Hassankhani et al. (2017 a) beskriver i sin studie: «Participants stated that the presence of family members at the resuscitation can conjure up a bad mental image in their minds and may cause posttraumatic problems in the future» (s. 131). I alt var dette et delfunn som ble identifisert i fire studier (Hassankhani et al., 2017a; Lowry, 2012; McClement et al., 2009; Walker, 2014).

Pårørende oppleves også som en ressurs for helsepersonell og pasienten når de er til stede på behandlingsrommet. Seks studier støtter dette delfunnet (Chapman et al., 2013; Firn et al., 2017; Hassankhani et al., 2017a; Lowry, 2012; McClement et al., 2009; Walker, 2014).

Helsepersonell opplever å få nyttig informasjon fra pårørende. Det kan både være medisinske opplysninger og andre bakgrunnsopplysninger. Pårørende gir trygghet og trøst til pasienten ved å berøre ham, holde ham i hendene og snakke med pasienten. I studien til Walker (2014) beskriver sykepleierne «Lay contribution was however respected in terms of the part that people played in providing comfort to the dying person; by being with them, talking to them or holding their hand» (s. 454).



#### 3.5.4 Den viktige, men vanskelige rollen som pårørendeansvarlig

Åtte av ti studier inkludert i denne kvalitative systematiske oversikten har sett på opplevelsene til helsepersonell som utfører hjerte-lunge-redning med pårørende til stede, mens de to siste studiene har undersøkt opplevelsene til den som har som oppgave å ta seg av pårørende på behandlingsrommet under gjenopplivingen. Flere av studiene (fem av åtte) som har sett på opplevelsene til helsepersonell som utfører hjerte-lunge-redning med pårørende til stede, har likevel kommet inn på viktigheten av å ha en sykepleier, sosionom eller sykehusprest som bare har til oppgave å være til stede sammen med pårørende. Det første delfunnet er derfor en kombinasjon av hva medlemmer av hjertestansteamet opplever i forhold til å ha pårørendeansvarlig og den pårørendeansvarliges egne opplevelser. De resterende tre delfunnene er pårørendeansvarliges egne opplevelser i rollen.

*Pårørendeansvarlig - viktig både for helsepersonell og pårørende.* Syv studier støtter dette delfunnet (Chapman et al., 2013; Firn et al., 2017; Gluck, 2014; Hassankhani et al., 2017b; James et al., 2011; Lowry, 2012; McClement et al., 2009). Den pårørendeansvarlige forbereder pårørende på hva som venter på behandlingsrommet. Det er gjerne den som tar første kontakt med pårørende allerede før de har ankommet sykehuset. Pårørendeansvarlig prøver også å finne ut på forhånd hvilke ønsker pasienten og pårørende har i en slik situasjon. Pårørendeansvarlig vurderer om pårørende er egnet til å være til stede ved gjenoppliving. Pårørende får muligheter til å komme og gå på behandlingsrommet slik de måtte ønske, og den som er pårørendeansvarlig følger dem. Pårørendeansvarlig tar også med seg pårørende ut av behandlingsrommet hvis de blir agiterte og forstyrrer gjenopplivingen. Å ha en pårørendeansvarlig kan også hindre konflikter mellom helsepersonell og pårørende. Dette er beskrevet slik i studien til Hassankhani et al. (2017 b): «When the patient`s condition and the resuscitation procedure are explained to the family and relatives and they are supported by an experienced team member, the family members avoid feeling agitated» (s. 98). Den pårørendeansvarlige beskriver også i studien til Firn et al. (2017) at de: «advocate for family presence during resuscitation attempts by being directive or taking charge of the situation when needed, as well as providing crowd control, and being aware of and managing ambient conversation» (s. 547). Pårørendeansvarlig legger til rette for at pårørende kan være så nær at de har muligheter til å ta på pasienten. Den etterspør også informasjon fra behandlingsteamet på vegne av pårørende.

Å være til stede i sorgen er et delfunn fra de to studiene som har undersøkt hvordan den som er pårørendeansvarlig opplever det (Firn et al., 2017; James et al., 2011). Pårørendeansvarlige

gir følelsesmessig støtte til pårørende under hele gjenopplivingen og forbereder dem ofte på at det ikke går bra. De er også til stede når pårørende får beskjed om at pasienten kommer til å dø og gir støtte til pårørende i etterkant når legen har gått. Den pårørendeansvarlige legger til rette for at pårørende kan få tid sammen med den døde i etterkant. James et al. (2011) skriver «It was felt to be vital for family members to spend time with their deceased loved one, both alone and with the family support person as directed by the family member» (s. 23).

Å opparbeide seg aksept fra hjertestansteamet er et delfunn støttet av studiene til Firn et al. (2017) og James et al. (2011). Delfunnet gir uttrykk for ulik opplevelse om den pårørendeansvarlige er sykepleier, sosionom eller sykehusprest. Sykepleierne som innehar rollen som pårørendeansvarlig er som regel en sykepleier ansatt i avdelingen, den vil da kjenne helsepersonellet som er til stede på behandlingsrommet. Sykepleierne følte at det ikke var et problem å bli akseptert av teamet. Sosionomer og sykehusprestene beskriver derimot at det kan være vanskelig å bli akseptert i rollen som pårørendeansvarlig. Det beskrives at de må gjøre noe bra for å fortjene aksept fra teamet:

Health care chaplain`s in comparison to the nurse`s described difficulties in being accepted by the resuscitation team in providing this role. There was a sense within this professional group of having to «earn» the respect of the team which was on occasions a stressful experience (James et al., 2011, s. 23).

Firn et al. (2017) beskriver det som å gå inn i kulden med ofte liten eller ingen informasjon på forhånd om pasienten, pårørende, hjertestansteamet eller pasientens medisinske tilstand. Det er en utfordring å gå inn i en slik situasjon og vanskelig å vite hvem en skal snakke med først: «It takes courage and confidence to break into the choreographed pandemonium of the resuscitation attempt as it is unfolding, and make your presence known» (Firn et al., 2017, s. 545). Hvis ikke pårørendeansvarlig er frempå og presenterer seg selv vil ikke hjertestansteamet være klar over at den er til stede, noe som kan hindre pårørendeansvarlig å være der for pårørende.

*Oppgaver utover det å være pårørendeansvarlig.* Begge studiene som omhandler erfaringer med å utføre rollen som pårørendeansvarlig støtter delfunnet som innbefatter å ta seg av helsepersonell som ikke er vant til å oppleve hjertestans. I noen tilfeller er også pårørendeansvarlig en støtte for hjertestansteamet. I tilfeller hvor hjertestans skjer på et rom med andre pasienter har også den pårørendeansvarlige opplevd å ta seg av pasienter som har vært vitne til gjenopplivingen. Firn et al. (2017) skriver det slik:

«In addition to providing family support, social workers list a number of interventions provided to other groups of people during resuscitation attempts. Interventions provided by social workers to others include assessing coping, and providing support to staff that are part of the resuscitation attempt.» (s. 550)

## 4 Diskusjon

### 4.1 Metodediskusjon

Jeg vil i dette kapittelet se kritisk på hvordan mine metodiske valg i denne metasyntesen har påvirket resultatene. Dette innebærer å gjøre rede for hvordan mine verdier, erfaringer og oppfatninger kan ha formet resultatene i metasyntesen (refleksivitet) (Major & Savin-Baden, 2010, kp 5, Reflexivity). Jeg vil også gjøre rede for begrensninger ved metasyntesen.

#### 4.1.1 Refleksivitet

Refleksivitet er en selvkritisk refleksjon hvor en kartlegger personlige verdier som kan påvirke innsamling og tolkning av data (Polit & Beck, 2017, s. 164). Det er viktig med refleksivitet i kvalitativ forskning, og vil si at en bruker tid på å analysere og dokumentere sine egne antagelser, bias og følelser rundt temaet en skal forske på (Polit & Beck, 2017, s. 570). Forskeren stiller aldri med blanke ark når en skal undersøke et fenomen, en har alltid med seg eksisterende kunnskap og egen forforståelse. Det er derfor viktig at en har en åpen holdning til fenomenet en undersøker for at forskningen skal komme frem til noe annet enn det en selv på forhånd tar for gitt. Forskeren må gjøre rede for sin egen forforståelse og hypoteser for at andre skal kunne forstå hvordan forskeren kom frem til et bestemt resultat. (Malterud, 2017b, s. 19). Mitt ståsted, faglige interesser og personlige erfaringer har påvirkning på mitt valg av problemstilling i metasyntesen. Det er ifølge Malterud (2017b, s. 41) ikke et spørsmål om forskeren påvirker prosessen, men hvordan jeg påvirker den.

Jeg vil redegjøre for hvordan jeg har reflektert over min egen holdning i utvelgelsen av studier, i kvalitetsvurderingen av studiene, i data-uttrekket, i analysen og i utformingen av resultatene.

Det ble utført et systematisk litteratursøk hvor søkeordene, søkekildene, søkehistorikk og inklusjonskriteriene er dokumentert, dette sikrer innsikt og motvirker at jeg kun har plukket studier som støtter min egen forforståelse. Litteratursøket er også fagfellevurdert av forskningsbibliotekar på Høgskolen Vestlandet og jeg har justert litteratursøket etter

tilbakemelding. Fagfelle vurdering av litteratursøket er med å sikre at litteratursøket er bygd opp på en logisk måte og at jeg ikke har utelatt viktige søkeord. Forventningene til et bra utført litteratursøk er å få en tilnærmet fullstendig oversikt over litteraturen som finnes. Malterud (2017a, s. 113) skriver at et litteratursøk med mange treff bidrar til at screeningprosessen som skal gjennomgås etter faste prosedyrer kan stjele tid fra selve prosessen med analyse og syntese. Jeg har brukt fire måneder på å utarbeide litteratursøket inkludert tilbakemelding fra fagfelle vurdering. Jeg hadde 2064 treff i litteratursøket, hvor av 10 studier ble inkludert i metasyntesen, det vil si at bare 0.5% av treffene ble inkludert og 99.5% ble ekskludert. Et omfangsrikt litteratursøk med mange treff som skal gjennomgås kan føre til at en ikke klarer å være nøyaktig i utvelgelsesprosessen (Malterud, 2017a, s. 113). Utvelgelsene av studiene til metasyntesen er utført av meg, samt en medstudent. Dette er en prosess som ble utført uavhengig av hverandre, ved hjelp av screeningprogrammet Rayyan (Ouzzani et al., 2016). Det å være to personer som uavhengig av hverandre gjennomgår litteratursøket skal hindre at jeg for eksempel kun velger studier som jeg mener passer inn i metasyntesen eller som bekrefter min antagelse. Forhåpentligvis bidrar det å være to i utvelgelsesprosessen også til å hindre at relevante studier blir oversett i et stort materiale. Centre for Reviews and Dissemination (2009, s. 24) skriver også at utvelgelsesprosessen bør utføres ved parallelle uavhengige vurderinger for å minimere risikoen for feil.

Videre skal det også ifølge metodelitteraturen være to eller flere forskere som uavhengig av hverandre nærleser studiene, kvalitetsvurderer studiene, ekstraherer data og analyserer dataene (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Det har ikke vært en person uavhengig av meg som har gjort dette i min metasyntese. Dette begrunner jeg med tidsbegrensinger hos både meg og mine medstudenter som også skriver en metasyntese.

Studiene ble kvalitetsvurdert etter CASP sin sjekkliste for kvalitative studier (Critical Appraisal Skills Programme, 2018). Selv om jeg har kvalitetsvurdert disse alene, så har jeg og mine medstudenter som også skriver en kvalitativ oversikt hatt felles veiledning, hvor en av oppgavene var å vurdere den metodiske kvaliteten på de inkluderte studiene i metasyntesen. Deretter hadde vi fremlegg for hverandre hvor vi gjennomgikk resultatet fra kvalitetsvurdering av en studie. Det ble diskutert i plenum med veileder og medstudenter hvilke vurderinger vi la til grunn for de forskjellige punktene på sjekklisten. Her kom det særlig frem at de fleste inkluderte studiene i metasyntesen manglet forskernes redegjørelse for egen forforståelse. Jeg diskuterte punkter jeg var i tvil om med veileder og medstudenter på veiledningen.

Dataekstraksjonen er utført av meg alene. Men også her har mine medstudenter og jeg hatt felles veiledning med veileder hvor vi gjennomgikk prosessen og resultatet av dataekstraksjonen. Jeg har lest studiene flere ganger og på forhånd (i protokollen) definert hvilke data som skal trekkes ut fra de inkluderte studiene. Når jeg skulle trekke ut metaforer og funn fra primærstudiene til innlemmelsen i analysen hadde jeg stort fokus på å bare trekke ut metaforer og resultater relatert til forskningsspørsmålet mitt. Jeg var hele tiden observant på min egen forforståelse, og bevisst på å reflektere over dette i datauttrekket. Resultatet av dataekstraksjon ble presentert for medstudenter og veileder på skolen hvor det var muligheter til å diskutere utfordringer jeg hadde hatt i forbindelse med datauttrekk. Selve analyseprosessen hvor jeg kom frem til felles metaforer og hovedfunn ble utført alene, men i dialog med veileder. Jeg har også diskutert analyseprosessen og utformingen av resultatene med medstudenter. Jeg har fulgt Noblit og Hare (1988) sin metode for metaetnografi i analysen og utformingen av resultatene, og prøvd å beskrive hvordan jeg har utført den. Ved å følge en bestemt metode for analyse og syntese håper jeg at prosessen er transparent for leserne og at det gir et forsvarlig innsyn i hvordan jeg har kommet frem til resultatene.

#### 4.1.2 Begrensninger ved metasyntesen

Det er et begrenset utvalg av land som de inkluderte studiene kommer fra. Det er kun to studier fra ikke-vestlige land inkludert i metasyntesen, og begge disse to er fra Iran. De to studiene fra Iran er utført av samme forskere. Det er tre studier fra Europa og alle tre er fra England. Det gir ikke et variert nok bilde av hvordan helsepersonell opplever å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning på tvers av verdensdelene.

Det er kun tre av ti av de inkluderte studiene som har med leger blant informantene. Funnene i metasyntesen kunne kanskje vært annerledes hvis legene var representert i like stor grad som sykepleierne. Legene er en like stor del av hjertestansteamet som sykepleiere. Det er bare identifisert to studier som har sett på pårørendeansvarlige sin opplevelse. Disse to studiene er fra henholdsvis USA og England.

Informantene har ofte meldt seg frivillig til å delta i studiene. Det er også en viss mulighet for at informantene som har meldt seg har et positivt syn på at pårørende er til stede ved hjerte-lunge-redning.

Dette er første gang jeg skriver en metasyntese, det kan i seg selv være årsak til feil som er gjort i metasyntesen. Det anbefales også at en ikke gjennomfører en metasyntese alene

(Malterud, 2017a, s. 41). Jeg har utført dataekstraksjonen og analysen alene, men som nevnt i kapittel 4.1.1 har jeg diskutert prosessen grundig med veileder. Det bør være to forskere som uavhengig av hverandre utfører data uttrekk og analyse i arbeidet med metasyntesen (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Det at jeg har gjort dette arbeidet alene kan føre til bias.

Det er anbefalt at hvis det går mer enn 6-8 måneder fra litteratursøket utføres til den systematiske oversikten er ferdig bør en utføre et oppdatert søk i databasene (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015, s. 33). Jeg har ikke gjort et oppdateringssøk nå før innlevering grunnet manglende tid. Jeg kan dermed gå glipp av noen studier som eventuelt er publisert etter at mitt søk ble utført i juni 2018.

## 4.2 Oppsummering av resultater

Ti studier er identifisert som møtte inklusjonskriteriene. Studiene er hovedsakelig fra vestlige land som USA, Canada, England og Australia, mens de to siste studiene var fra Iran.

Det ble gjort en resiprok oversettelse av studiene, og fire hovedfunn som forteller noe om hvordan helsepersonell opplever å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning ble identifisert i analysen.

Første funn er at *Pårørendes tilstedeværelse påvirker helsepersonell*. Dette funnet baserer seg på syv delfunn: Helsepersonell blir stresset og føler seg usikker fordi de har en følelse av å bli overvåket, men det kan se ut som at helsepersonell med erfaring ikke opplever å bli stresset på samme måte av å ha pårørende til stede. Helsepersonell kan bli utsatt for vold. Pårørende tilstedeværelse begrenser bruk av mestringsstrategier til helsepersonell. Helsepersonell ser menneske bak pasienten og de pårørende, og det blir bedret fokus og kommunikasjon blant teammedlemmene.

*Pårørende påvirker gjenoppliving* er neste funn. Det innebærer at pårørende forstyrrer og avbryter gjenopplivingen. Pårørende er med å stoppe nytteløs gjenoppliving og på den andre siden kan pårørende også forlenge gjenoppliving som blir sett på som nytteløs.

Tredje funn er *Helsepersonells opplevelse av nytteverdi og ulemper for pårørende*. Det er tre delfunn inkludert i dette funnet: Pårørende ser at alt er blitt gjort og får mulighet til å være til stede for å si farvel. Helsepersonell er bekymret for om pårørende får negative ettervirkninger

av å være til stede ved hjerte-lunge-redning. I siste delfunnet blir pårørende oppfattet som en ressurs både for pasienten og for helsepersonell som er til stede på behandlingsrommet.

Siste funn er *Den viktige, men vanskelige rollen som pårørendeansvarlig*. Funnet baserer seg på fire delfunn: Å ha en pårørendeansvarlig til stede sammen med pårørende er viktig både for pårørende og helsepersonell. Den pårørendeansvarlige må opparbeide seg aksept fra behandlingsteamet for å kunne gjøre jobben sin, og er til stede i sorgen. Pårørendeansvarlig tar på seg oppgaver utover det å være pårørendeansvarlig.

#### 4.3 Diskusjon av funn

##### **Pårørendes tilstedeværelse påvirker helsepersonell**

Dette er et sammensatt funn hvor en kan se at helsepersonell opplever at det å ha pårørende til stede ved gjenoppliving påvirker helsepersonell både positivt og negativt i forhold til jobben de gjør på behandlingsrommet. Det kan se ut som det er en variasjon mellom hvordan helsepersonell med erfaring med fenomenet opplever det kontra hvordan helsepersonell med mindre erfaring opplever at pårørende påvirker dem. I syv av ti studier i denne oversikten har helsepersonell gitt uttrykk for at det å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning skaper et høyere stress nivå, de føler seg overvåket og blir usikker på egen kompetanse ved hjertestans. Helsepersonell er også bekymret for klager fra pårørende og juridiske konsekvenser (Chapman et al., 2013; Hassankhani et al., 2017b; Hassankhani et al., 2017a; Lowry, 2012; McClement et al., 2009; Monks & Flynn, 2014; Walker, 2014). Det kan derimot se ut som at helsepersonell med erfaring både med hjertestans og med å ha pårørende til stede føler seg trygge på jobben de utfører og i selve situasjonen med pårørende (Hassankhani et al., 2017b; Lowry, 2012; Walker, 2014).

Respondentene i flere spørreundersøkelser er ofte delt i synet på om pårørende påvirker stressnivået og selvtilliten ved gjenoppliving, men flere studier viser at helsepersonell med lengre erfaring ikke kjenner på økt stressnivå og usikkerhet på egen kompetanse i like stor grad som dem med mindre erfaring (Doyle et al., 1987; Duran, Oman, Abel, Koziel & Szymanski, 2007; Köberich, Kaltwasser, Rothaug & Albarran, 2010; Mian, Warchal, Whitney, Fitzmaurice & Tancredi, 2007; Waldemar & Thylen, 2019).

I en spørreundersøkelse fra 2007, som omhandler holdninger og erfaringer med å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning, kommer det frem at helsepersonell kjenner på

prestasjonsangst. Respondentene svarer at de ikke liker å føle seg overvåket og de blir stresset hvis behandlingen ikke lykkes. Resultatet viser også at lengre erfaring med gjenoppliving gjør at helsepersonell blir mer trygge på å ha pårørende til stede på behandlingsrommet (Duran et al., 2007). Mian et al. (2007) gjennomførte en spørreundersøkelse blant sykepleiere og leger før og etter en mangesidig intervensjon, undersøkelsen gjaldt holdninger til pårørendes tilstedeværelse ved gjenoppliving. I denne studien indikeres det at tidligere erfaringer med fenomenet førte til at respondentene følte seg mer komfortable når pårørende var til stede. Etter hvert som erfaringen med å ha pårørende til stede fortsatte å være positiv, og frykten helsepersonell hadde på forhånd ikke ble realisert, begynte deltagerne å ta initiativ til at pårørende mer rutinemessig kunne få være til stede ved gjenoppliving (Mian et al., 2007). I en av de tidligste studiene på området ble helsepersonell ved akuttmottaket ved Foote Hospital, Michigan spurt om de var blitt forhindret i å utføre oppgavene sine ved hjertestans når pårørende var til stede. Her oppgir 30% av de spurte helsepersonell at de har blitt forhindret fra å utføre oppgaver på behandlingsrommet på grunn av bekymring for å ikke prestere godt nok under oppsyn av andre. Men til tross for dette støttet likevel 71% av de spurte helsepersonell i studien ordningen med at pårørende skulle få være til stede ved gjenoppliving (Doyle et al., 1987). I en spørreundersøkelse blant tyske intensivsykepleiere om holdninger og erfaringer med å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning svarer 53% at de er sterkt uenig eller uenig i at de synes det er vanskelig å konsentrere seg når pårørende er til stede (Köberich et al., 2010). Nesten samme resultat finner en i en nyere studie utført i Sverige, hvor 57.2% av respondentene (sykepleiere og leger) svarte at de var svært uenig eller uenig i at det var vanskelig å konsentrere seg når pårørende er til stede. I denne studien er det også svart med noen kvalitative kommentarer hvor respondentene gir uttrykk for at gjenoppliving av en pasient blir oppfattet som stressende og pårørendes tilstedeværelse kan gjøre at helsepersonell sitter igjen med en dårlig følelse. Respondentene mener dette kan være med å skape prestasjonsangst blant helsepersonell som ikke har tilstrekkelig med erfaring. Et unikt resultat fra samme undersøkelse indikerer at helsepersonell med kortere tid i yrket er mer positiv til å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning enn de med lengre erfaring. Forfatteren mener at det kan være det økende fokuset på personsentrert omsorg i de ulike helseutdannelsene i Sverige (Waldemar & Thylen, 2019).

Det kan se ut som at økende fokus på pårørendebevitnet hjerte-lunge-redning i grunnutdannelsen for både sykepleiere og leger kan være med å øke forståelsen for at pårørende ønsker å være til stede. Opplæring på arbeidsplassen med ulike tiltak som blant



annet undervisning og simulering kan også gjøre at helsepersonell føler seg mer komfortabel med å ha pårørende til stede (Powers, 2017). Det indikerer at det kanskje ikke bare er erfaringsgrunnlaget alene som har noe å si på hvor stresset eller eventuelt komfortabelt helsepersonell føler seg.

Funn i min oversiktsartikkel kan tyde på at helsepersonell opplever at pårørendes tilstedeværelse ved hjerte-lunge-redning gjør at de ser mennesket bak pasienten, dermed blir ikke pasienten bare en medisinsk tilstand som de jobber med. Helsepersonell føler de får gitt bedre omsorg til både pasienten og pårørende. Dette kan gi en positiv opplevelse for helsepersonell (Chapman et al., 2013; Gluck, 2014; Lowry, 2012; McClement et al., 2009; Monks & Flynn, 2014). Det å se mennesket bak pasienten, og se at han tilhører en familie ble også i studien til Meyers et al. (2000) sett på som en fordel av helsepersonellet som deltok i undersøkelsen. I samme studie gir også pårørende uttrykk for at de minner helsepersonell om at pasienten er en «virkelig» person og en del av en familie, og at det at de var til stede kanskje gjorde slik at helsepersonell ga det lille «ekstra» (Meyers et al., 2000). Men i studien til Doyle et al. (1987) gav deltagerne uttrykk for økt stress forbundet med gjenopplivning fordi pasienten virket mer «menneskelig» i nærvær av pårørende. Det var vanskelig for helsepersonell å håndtere familiens sorg, samtidig som helsepersonellet skulle utføre oppgavene sine.

Det at pårørende er til stede ved gjenopplivingen kan ifølge funn i min oversikt muligens gi bedre kommunikasjon og fokus blant helsepersonell (Gluck, 2014; Hassankhani et al., 2017b; Walker, 2014). Over halvparten av deltagerne i studien til Meyers et al. (2000) ga også uttrykk for at de oppførte seg mer profesjonelt på behandlingsrommet og modifiserte praten rundt pasienten når pårørende var til stede ved gjenoppliving, ordene som ble brukt ble valgt med omhu og det ble mindre unødvendig snakk. I en kvalitativ studie utført blant polske og finske helsepersonell i forhold til bekymring knyttet til implementering av pårørendes tilstedeværelse ved hjerte-lunge-redning kommer det frem at hjerte-lunge-redning ikke må være et «de humaniserende show», men en ekte menneskelig utfordring (Sak-Dankosky et al., 2017).

I en studie i min oversikt opplever helsepersonell at pårørendes tilstedeværelse påvirker dem slik at de ikke kan bruke vanlige mestringsstrategier som for eksempel humor (McClement et al., 2009). I studien til Meyers et al. (2000) blir det derimot sett på som en positiv ting at det ble brukt mindre «svart» humor når pårørende er til stede ved gjenoppliving.

Den som har til oppgave å ta seg av pårørende når de er til stede ved gjenoppliving kan bli følelsesmessig påvirket av jobben de utfører (Firn et al., 2017; James et al., 2011). I min oversikt har jeg bare identifisert to studier som har sett på den pårørendeansvarliges opplevelser, derfor er det vanskelig å kunne dra noen klare konklusjoner ut fra dette delfunnet. I en studie fra 2013 som har sett på familiebasert omsorg under og etter gjenopplivingsforsøk sier derimot 56% av de spurte helsepersonell at de synes det er vanskelig å skulle ta hånd om stressede pårørende og 33% sier de trenger følelsesmessig støtte etter å ha vært der for pårørende (McLaughlin, 2013). Hvis den pårørendeansvarlige skal være klar for å ta seg av pårørende til nye pasienter er det viktig at også den får snakke om hvilke følelser en har i etterkant av hendelsen.

I en av studiene inkludert i denne oversikten oppgir informantene at de er redd for å bli utsatt for vold fra aggressive pårørende som er til stede (Hassankhani et al., 2017a). Også andre studier diskuterer aggressivitet hos pårørende, i en spørreundersøkelse utført blant tyske intensivsykepleierne har de erfart at pårørende ved noen anledninger ble verbalt og fysisk aggressive mot hjertestansteamet (Köberich et al., 2010). En rapport fra Helsedirektoratet fra 2017 indikerer at vold og trusler mot helsepersonell ikke ser ut til å være uvanlig i Norge heller. Rapporten er en kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter. En av fem helsepersonell har blitt utsatt for vold eller trusler fra pasienter eller pårørende på arbeid. Dette gjelder særlig innen psykiatrien og på legevakt. Det fremgår også at det er en økning av antall meldte tilfeller av vold i perioden mellom 2012-2016 (Wedervang-Resell, Østraat, Haga, Klinkelberg & Berglund, 2017, s. 12). Dette kan komme av at pårørende er bekymret for pasienten og kanskje i noen tilfeller redd for at ikke pasienten får god nok behandling. I en studie som har undersøkt oppfatninger blant helsepersonell til pårørendebevitnet hjerte-lunge-redning i Jordan, kommer det frem at helsepersonell er redd for at pårørende kan gå til fysisk angrep på helsepersonell som utøver gjenoppliving. Studien viser også at helsepersonell som har hatt pårørende til stede ikke har opplevd vold, men ser at pårørende roer seg ned når de ser at alt er blitt gjort med pasienten (Bashayreh, Saifan, Batiha, Timmons & Nairn, 2015).

Hovedfunnet *Pårørende tilstedeværelse påvirker helsepersonell* baserer seg på syv studier hvor helsepersonell i større og mindre grad opplever at de blir påvirket psykisk eller fysisk av å ha pårørende til stede ved gjenoppliving. Funnet underbygges av flere kvantitative studier som har kommet med lignende resultater. Rittenmeyer og Huffman (2012) fant også i sin metasyntese at helsepersonell kan føle seg overvåket og at pårørendes tilstedeværelse påvirker vanlig mestringsstrategier som helsepersonell tar i bruk i stressede situasjoner. Funnet jeg har

kommet frem til i min metasyntese er derfor ikke nytt, men det kan likevel bidra med dybdekunnskaper for å forstå hvordan helsepersonell opplever det.

### **Pårørende påvirker gjenoppliving**

Neste funn i oversikten kan indikere at helsepersonell som har pårørende til stede ved gjenoppliving opplever at pårørende påvirker gjenopplivingen som blir utført. Dette innebærer blant annet at pårørende forstyrrer gjenopplivingen, de er også medvirkende til å stoppe det som blir sett på som nytteløs gjenoppliving og på den andre siden opplever det at pårørende ved å være til stede bidrar til å forlenge gjenopplivingen (Chapman et al., 2013; Firm et al., 2017; Gluck, 2014; Hassankhani et al., 2017b; Hassankhani et al., 2017a).

En systematisk oversikt og metaanalyse fra 2015 har sett på hvordan pårørendes tilstedeværelse ved hjerte-lunge-redning påvirker pasientdødeligheten, kvaliteten på gjenopplivingen og på psykiske ettervirkninger hos pårørende sammenlignet med det å ikke ha pårørende til stede. Dette er en forholdsvis liten systematisk oversikt med bare fire inkluderte studier. Tre av de randomiserte kontrollerte studiene som er med i oversikten har evaluert pårørendes tilstedeværelse ved gjenoppliving av voksne pasienter i akuttmottak. Disse tre er inkludert i metaanalysen. Den siste studien har evaluert pårørendes tilstedeværelse ved gjenoppliving av barn. Resultatene i metaanalysen viser ingen signifikant statistisk forskjell i mortalitetsrate med pårørende til stede sammenlignet med uten. Det var heller ingen signifikant statistisk forskjell i tid brukt på gjenopplivingen. I alle tre studiene hadde pårørende en pårørendeansvarlig med seg inn på behandlingsrommet som kun var der for dem. Forfatterne av studien har brukt GRADE for å vurdere hvor mye tillit en kan ha til hvert enkelt utfall i metaanalysen. Alle resultatene i metaanalysen er gradert til moderat tillit, det vil si at forfatterne mener at den virkelige effekten sannsynligvis er nær estimert effekt (Oczkowski et al., 2015). Jeg har kritisk vurdert den systematiske oversikten og metaanalysen og på grunnlag av det vurderer jeg, selv om metaanalysen baserer seg på få studier, at resultatet i metaanalysen er til å stole på.

I spørreundersøkelsen til Köberich et al. (2010) gir 43% av de spurte intensivsykepleierne uttrykk for bekymring for at gjenopplivingsforsøket vil bli forlenget når pårørende er til stede. Det er usikkert hvor mange av deltagerne her som har opplevd at gjenopplivingen blir forlenget eller om det er bare oppfatningen til sykepleierne. En deltager opplevde at gjenopplivingen av en pasient ble forlenget med tre timer grunnet pårørendes aggressive oppførsel og trusler mot helsepersonell som utførte gjenopplivingen. I studien til Meyers et al.

(2000) gir flesteparten (97%) av deltagerne uttrykk for at utfallet av hjerte-lunge-redning med pårørende til stede ville vært det samme enn hvis de ikke var til stede. Men også her kan en se at noen av deltagerne i studien (15%) anslår at pårørendes tilstedeværelse gjør at det blir utført mer «aggressiv» behandling og at gjenopplivingen blir forlenget selv når det er nytteløs behandling. I kvalitative data fra samme studie gir helsepersonell uttrykk for bekymring for at pårørendes tilstedeværelse vil bidra til at det blir brukt mer ressurser på personell, kostnader til medisiner og tilleggsbehandling på pasienter hvor gjenopplivingen burde vært avsluttet tidligere.

Det er få studier foruten de inkluderte i oversikten til Oczkowski et al. (2015) som har sammenlignet tid brukt på gjenoppliving med pårørende til stede kontra uten. Det er derfor vanskelig å dra en konklusjon ut av funnet i min kvalitative oversikt, hvor bare tre studier støtter funnet om at pårørendes tilstedeværelse er med å forlenge gjenoppliving (Chapman et al., 2013; Gluck, 2014; Hassankhani et al., 2017b). Det er heller ikke beskrevet i noen av de inkluderte studiene hvor mye lenger tid en bruker i de tilfellene hvor gjenopplivingen blir forlenget. Hvis det viser seg i noen tilfeller at pårørendes tilstedeværelse er med å forlenge tiden som blir brukt på gjenoppliving, må en kanskje akseptere dette som helsepersonell i noen tilfeller. I Norge er det alltid behandlende lege som til sist har ansvar for å eventuelt avslutte gjenopplivingen, men det skal også tilrettelegges for at pasientens autonomi skal ivaretas (Helsedirektoratet, 2009, s. 9). Når pasienten mottar hjerte-lunge-redning er ikke pasienten i stand til å uttrykke sine ønsker og pårørende ønsker gjerne å bli hørt på vegne av pasienten. Dette kan bli oppfattet som en innblanding fra pårørende som helsepersonell kanskje ikke er vant til når en utfører gjenoppliving. En annen grunn til at pårørende er med å påvirke slik at gjenopplivingen blir forlenget kan være basert på manglende tillit til helsevesenet. Hvis pårørende ikke har tillit til at helsepersonell tar riktig avgjørelse på vegne av pasienten kan det være vanskelig å stole på at gjenopplivingen blir avsluttet på riktig tidspunkt.

På den andre siden indikerer også funnet at pårørende kan være med å stoppe nytteløs gjenoppliving tidligere enn en ellers ville gjort uten pårørende til stede. I følge veilederen fra Helsedirektoratet er det ingen sikre kriterier for å si at hjerte-lunge-redning er nytteløs foruten ved omfattende irreversibel multiorgansvikt, fremskreden kreftsykdom med spredning og funksjonsnivå dårligere enn WHO 2 (Helsedirektoratet, 2009, s. 8). Selv om en har disse kriteriene å forholde seg til tar det ofte tid i en hjertestans situasjon før legen får oversikt over pasientens tidligere sykehistorie. Dette gjelder særlig hvis pasienten kommer inn med

hjerTESTANS i akuttmottak hvor legen ikke har oversikt over pasientens tidligere sykehistorie. Det er en grunn til at det som regel alltid blir startet hjerte-lunge-redning ved ankomst akuttmottak. Pårørende som er til stede vil mest sannsynlig være den som har mest kunnskap om pasientens egne ønsker og tidligere sykehistorie og kan derfor være med å stanse gjenopplivingen hvis det er pasientens ønske. Funn i metasyntesen til Rittenmeyer og Huffman (2012) kan tyde på at pårørende velger å stoppe gjenopplivingen når de ser at alt er blitt gjort. Her er også pårørendes egne erfaringer inkludert i metasyntesen. En retrospektiv kohortstudie fra 2019 har sett på hvilken innflytelse pårørende som var tilstede på behandlingsrommet ved starten av gjenopplivingsforsøket hadde på beslutningen om å avslutte hjerte-lunge-redningen. I studien kommer det frem at gjenopplivingsforsøket ble avsluttet tidligere for pasienter som hadde pårørende tilstede ved begynnelsen av hjerte-lunge-redningen sammenlignet med de som hadde pårørende på gangen (Wang et al., 2019).

Kultur og religion spiller også muligens en rolle i situasjoner hvor pårørende er den som stopper gjenopplivingen tidligere enn legen ville gjort. I Europa og Nord-Amerika er betegnelsen hjerte-lunge-redning minus (HLR-minus) brukt på pasienter hvor hjerte-lunge-redning ikke vil være hensiktsmessig som nevnt over i Helsedirektoratets veileder. Det er også etablerte protokoller for beslutningsprosessen rundt HLR-minus i disse landene (Al Khalaileh, 2014). Det er derimot en forskjell i muslimske og jødiske kulturer hvor begrepet HLR-minus inntil nylig ikke har vært i bruk: alle pasienter blir vanligvis gjenopplivet (Burns, Edwards, Johnson, Cassem & Truog, 2003). Ifølge islamske tro skal menneskelivet beskyttes, respekteres og bevares, basert på dette er muslimsk helsepersonell forpliktet til å gjøre det som er mulig for å redde pasientens liv (Al Khalaileh, 2014). En av studiene som støtter funnet om at pårørende påvirker gjenopplivingen er utført i Iran. I Iran praktiseres ikke HLR-minus og alle pasienter med hjerTESTANS mottar hjerte-lunge-redning uansett egne eller pårørendes ønsker (Hassankhani et al., 2017b). I denne studien indikerer funn at pårørende som er til stede kan være med å påvirke slik at gjenopplivingen av for eksempel eldre med multiple medisinske diagnoser blir avsluttet tidligere enn normalt. Studien til Wang et al. (2019) er fra Taiwan og forfatterne skriver i sin studie at det er en holdning blant befolkningen her at et dårlig liv er bedre enn en god død. De argumenterer for at pårørende ved å være tilstede ved begynnelsen av gjenopplivingsforsøket får et større innblikk i brutaliteten av gjenopplivingen og de får også et mer realistisk bilde av situasjonen. Forfatterne mener at det kan være en årsak til at pårørende ønsker at hjerte-lunge-redningen blir avsluttet tidligere enn hvis de ikke var tilstede. Også i en spørreundersøkelse utført før og

etter implementering av retningslinje for pårørendebevitnet hjerte-lunge-redning, indikeres det at tiden på gjenopplivingen er redusert i noen tilfeller hvor pårørende er til stede, de ser at alt er gjort og at forsøket på å gjenopplive pasienten ikke vil føre frem (Nykiel et al., 2011).

Et annet delfunn er helsepersonell opplever at pårørende avbryter, distraherer og blander seg inn i gjenopplivingen. Dette fører til at det oppleves som at pårørende påvirker hjerte-lunge-redningen i negativ retning. Resultatet i metaanalysen til Oczkowski et al. (2015) tyder derimot på at dødeligheten og lengden på gjenopplivingen er den samme med eller uten pårørende til stede. Likevel finner en også i andre studier resultater som indikerer at helsepersonell bekymrer seg for at pårørende kan avbryte og blande seg inn i gjenopplivingen. Porter et al. publiserte i 2014 en litteraturoversikt over barrierer, fordeler og tilrettelegging for implementering av pårørendebevitnet gjenoppliving. En av barrierene blant helsepersonell er bekymring for at pårørende skal blande seg inn i og forstyrre gjenopplivingen (Porter, Cooper & Sellick, 2014). I spørreundersøkelsen til Meyers et al. (2000) gir 38% av deltagerne uttrykk for bekymring for om pårørendes innblanding skal påvirke behandlingen av pasienten. Likevel viser det seg at 97% av de spurte helsepersonell i undersøkelsen mente at pårørende ikke forstyrret eller avbrøt gjenopplivingen.

Funnet i metasynthesen min indikerer at helsepersonell opplever at pårørende påvirker gjenopplivingen. Resultater fra studien til Wang et al. (2019) viser at pårørende som er tilstede ved starten av et gjenopplivingsforsøk kan ha innflytelse på at behandlingen avsluttes tidligere enn den ellers ville gjort. Resultatene i den systematiske oversikten til Oczkowski et al. (2015) viser derimot at det ikke er forskjell i tid som er brukt på hjerte-lunge-redningen med og uten pårørende til stede. Alle de tre inkluderte studiene i oversikten hadde en pårørendeansvarlig som var til stede ved gjenopplivingen, noe som kan ha hatt betydning for utfallet.

### **Helsepersonells opplevelse av nytteverdi og ulemper for pårørende**

Funnet som indikerer at helsepersonell opplever at pårørende har positive og negative effekter av å være til stede ved hjerte-lunge-redning finner en også igjen i andre kvantitative studier og systematiske oversikter (Meyers et al., 2000; Paplanus et al., 2012a; Porter et al., 2014; Waldemar & Thylen, 2019).

Bekymringen hos helsepersonell for at pårørende opplever det som traumatisk å være vitne til gjenopplivingen, samt bekymring for at det får en negativ ettervirkning for pårørende, er ifølge litteraturoversikten til Porter et al. (2014) en av de mest dokumenterte barrierene blant

helsepersonell mot å implementere pårørendebevitnet hjerte-lunge-redning. Bekymringene fra helsepersonell baserer seg stort sett ikke på tilbakemeldinger fra pårørende som har vært til stede, men er som regel basert på helsepersonells egne antagelser. Metaanalysen til Oczkowski et al. (2015) tyder tvert imot på at pårørende som har vært til stede ved hjerte-lunge-redning scorer noe lavere på angst og depresjonsskala målt 90 dager etter de var til stede ved gjenoppliving av et familiemedlem. I studien til Meyers et al. (2000) svarer 95% av de spurte pårørende at det å være til stede ved hjerte-lunge-redning ikke opplevdes for opprørende for dem. Det ser ut som det er et gap mellom hva helsepersonell opplever at pårørende synes er traumatisk og hvordan pårørende selv opplever det.

På den andre siden tyder funnet i min oversikt også på at helsepersonell opplever at det er mange fordeler for pårørende å være til stede på behandlingsrommet. Dette støttes av Porter et al. (2014) sin litteraturoversikt hvor resultater antyder at helsepersonell erfarer at det å få være til stede ved gjenoppliving hjelper pårørende gjennom sorgen. De så at alt ble gjort med pasienten og det gav dem mulighet til å si adjø hvis det ble utfallet av gjenopplivingen. Det å kunne se at alt er gjort og være til stede for å si farvel er viktige aspekter når en ser på tall fra Norsk hjertestansregister fra 2018, hvor bare 14% av de som rammes av hjertestans utenfor sykehus blir utskrevet i live (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre). I en nyere kvalitativ studie hvor pårørende til intensivpasienter er intervjuet viser resultatet at det er viktig for pårørende og være til stede for pasienten i en hjertestanssituasjon. Pårørende mener at deres tilstedeværelse vil ha en positiv innflytelse på pasienten, det vil gjøre dem i stand til å se alt med egne øyne og se at alt er blitt gjort for deres kjære. I tilfeller hvor pasienten dør sier også pårørende at de fikk mulighet til å si farvel (Sak-Dankosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist, 2019).

Et delfunn i min oversikt viser at pårørende kan oppleves som en ressurs for helsepersonell når de er til stede. Dette antyder også studien til Meyers et al. (2000). Pårørende gir i studien uttrykk for at de gir følelsesmessig støtte og trygghet til pasienten når de er til stede ved hjerte-lunge-redning. Resultater tyder også på at både helsepersonell og pårørende erfarer at pårørende er til hjelp ved å gi informasjon om pasienten og opptre som familiens talsperson.

Det kan se ut som at helsepersonell opplever en bekymring for eventuelle psykiske ettervirkninger hos pårørende når de er til stede ved hjerte-lunge-redning som ikke stemmer overens med det pårørende selv opplever. Det er en svakhet at studiene rapporterer hva helsepersonell sier om hva de tror pårørende føler. Dette blir andrehåndsupplysninger fra pårørende og da er kanskje ikke så rart at studier av pårørende selv fraviker på noen punkter.

Helsepersonells bekymring kan være med å stoppe pårørende fra å være til stede ved gjenoppliving. Det kan se ut som at helsepersonells opplevelse av at det er positivt for pårørende å være til stede samsvarer mer med det pårørende selv opplever. Dette funnet støttes av flere kvantitative studier som er gjort på området.

### **Den viktige, men vanskelige rollen som pårørendeansvarlig**

Første delfunn antyder at helsepersonell opplever at det å ha en person som er dedikert til å ta seg av pårørende både er viktig for pårørende og for medlemmene i hjertestansteamet. Her kommer det frem at den pårørendeansvarlige forbereder pårørende på hva som venter på behandlingsrommet, tar kontakt med pårørende når de ankommer sykehuset og vurderer om pårørende er egnet til å være til stede. Det å ha en som tar seg av pårørende kan være med å hindre konflikter mellom helsepersonell og pårørende (Chapman et al., 2013; Firm et al., 2017; Gluck, 2014; Hassankhani et al., 2017b; James et al., 2011; Lowry, 2012; McClement et al., 2009). Delfunnet støttes av flere studier, blant annet spørreundersøkelsen til Waldemar og Thylen (2019). I denne studien svarer flesteparten av helsepersonell (92.3%) at det alltid bør være et medlem av hjertestansteamet som har som oppgave å ta seg av pårørende hvis det skal være mulig for dem å være til stede. Litteraturoversikten til Porter et al (2014) konkluderer også med at det å ha en egen pårørendeansvarlig er det som gjør det mulig for pårørende å være til stede ved hjertestans. I litteraturoversikten beskriver de at personen er sammen med pårørende gjennom hele gjenopplivingen; den forklarer alt som skjer og forteller om de ulike rollene helsepersonell i hjertestansteamet har. Den pårørendeansvarlige har også mulighet til å kunne ta pårørende ut fra behandlingsrommet om nødvendig. Videre hevder forfatterne at helsepersonell er mer komfortabel med å ha pårørende til stede når det er en person som bare er der for pårørende (Porter et al., 2014). I en tidlig studie utført ved akuttmottaket på Foote Hospital i USA, svarer helsepersonell og pårørende som har vært til stede ved hjerte-lunge-redning på et spørreskjema i etterkant av hendelsen. Forfatterne av studien konkluderer her med at det å ha en egen person med erfaring med sørgende pårørende er et krav for at pårørende skal kunne tilbys å være til stede (Doyle et al., 1987).

Pårørende er intervjuet i en ny kvalitativ studie fra 2019 om preferanser med hensyn til å være til stede ved hjerte-lunge-redning. I denne studien kommer det frem at pårørende ofte opplever at helsepersonell glemmer å ta vare på pårørende i en hjertestanssituasjon. De ble ofte overlatt til seg selv for å håndtere pasientens kritiske tilstand. Pårørende erfarte at helsepersonell distanserte seg fra pårørende fordi de manglet kunnskap om hvordan de skal håndtere pårørende. Pårørende så ofte på seg selv som en byrde for helsepersonell (Sak-



Dankosky et al., 2019). Det å kunne ha en egen pårørendeansvarlig som er trent på å ta seg av sørgende pårørende kan være med å møte dette behovet hos pårørende.

I delfunnet *å være til stede i sorgen*, opplever pårørendeansvarlig at de gir følelsesmessig støtte til pårørende gjennom hele gjenopplivingen. De er også med å forberede pårørende på at det ikke går bra. Pårørendeansvarlig er til stede når pårørende får beskjed om at pasienten kommer til å dø og tilbringer tid med pårørende når legen har gått. Pårørende gir uttrykk for i studien til Sak-Dankosky et al. (2019) at helsepersonell bør se på dem mer som en ressurs enn et problem i hjertestanssituasjoner. Pårørende føler de har en innflytelse på hva som skjer med pasienten når de er til stede. Pårørende uttrykker et ønske om å ha en bedre forståelse av hva som skjer med pasienten. Informasjonen de får fra helsepersonell bør være sannferdig og godt forklart. Å få bedre informasjon om pasienten og behandlingen hjelper pårørende å takle det ukjente (Sak-Dankosky et al., 2019).

I studiene som omhandler pårørendeansvarliges opplevelse er både sosionomer, sykepleiere og sykehusprester intervjuet. Her kan en se en liten forskjell i hvor mye tid sykepleieren versus sykehuspresten opplever å ha til å ta seg av pårørende i etterkant av gjenopplivingen (James et al., 2011). En litteraturoversikt har sett på sykehuspresten sin rolle ved hjerte-lunge-redning. Forfatterne konkluderer her med at sykehusprester er bedre utdannet for å kunne være til stede i sorgen og gi støtte til pårørende i krevende situasjoner (Timmins & Pujol, 2018). I en artikkel som har sett på rollen pårørendeansvarlig har ved gjenoppliving hevdes det at sykehusprester har bedre tid til å ta seg av pårørende i etterkant av en hendelse. Videre mener forfatterne at det er essensielt at pårørende får mulighet til å snakke om hva de har opplevd i etterkant av gjenopplivingen, og om nødvendig får råd om hva som skjer i etterkant av et eventuelt dødsfall. I de fleste tilfeller er det likevel sykepleiere som tar seg av pårørende i hjertestanssituasjoner (Cottle & James, 2008). Sykepleierne er som regel ansatt i akuttmottaket eller den avdelingen hvor hjertestansen finner sted og har vanligvis ikke like god tid til å være til stede i etterkant, da det ofte er andre oppgaver som venter i avdelingen. For å kunne være til stede i sorgen sammen med pårørende er det viktig at den som har rollen som pårørendeansvarlig har tid og er godt nok forberedt til oppgaven.

Det neste delfunnet som ble identifisert var å opparbeide seg aksept fra hjertestansteamet. Her kan en se at det er forskjeller på hvordan sykepleiere versus sosionom og sykehusprester opplever det. Sosionomene og sykehusprestene opplever at det kan være vanskelig å bli akseptert av teamet i rollen som pårørendeansvarlig, sykepleierne på sin side opplever ikke dette som et problem. Sosionomene og sykehusprestene følte de måtte opparbeide seg respekt

fra teamet før de ble godtatt av medlemmene i hjertestansteamet. Dette delfunnet gir ny kunnskap om hvordan det oppleves å gå inn i en ukjent situasjon hver gang en har rollen som pårørendeansvarlig. Dette ser ut som det gjelder spesielt for sosionomer og sykehusprester som ikke er med i den daglige driften i avdelingen (Firn et al., 2017; James et al., 2011). Sykehusprester og sosionomer kan være i behov av undervisning om den medisinske delen av gjenopplivingen for å være bedre rustet til å møte behovene til pårørende, og lettere opparbeide seg aksept fra hjertestansteamet (Cottle & James, 2008). Det kan være en fordel at det legges til rette for at også den yrkesgruppen som har rollen som pårørendeansvarlig på hvert enkelt sykehus, inkluderes i den jevnlige treningen til hjertestansteamet. Da kan både hjertestansteamet og den pårørendeansvarlige få kjennskap til hverandre. Dette kan kanskje være med å hindre at den pårørendeansvarlige føler de må opparbeide seg aksept fra teamet. Den pårørendeansvarlige opplever også at de har andre oppgaver utover det å være pårørendeansvarlig. De opplever ofte å måtte ta seg av helsepersonell som ikke er vant til å oppleve hjertestans og de opplever også å være en støtte for hjertestansteamet i etterkant av hendelsen. Cottle og James (2008) skriver i sin artikkel at det kan se ut som sykehusprester i større grad kan bidra med debriefing av personalet da de har erfaring med å gi støtte i kritiske situasjoner.

De tre siste delfunnene er basert på to studier. Det er vanskelig å trekke noen slutninger ut fra så få studier. Likevel kan en se likhetstrekk hvordan sykepleiere, sykehusprester og sosionomer opplever rollen som pårørendeansvarlig.

#### 4.4 Vurdering av kvalitet på den samlede dokumentasjonen

Jeg har brukt metoden *Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research* (CERQual) for å vurdere funnene mine i metasyntesen. Det er en metode utviklet for å vurdere hvor mye tillit en kan ha til de individuelle funnene i en kvalitativ systematisk oversikt. Kvalitetsvurdering av enkeltstudier inkludert i oversikten kan si noe om tilliten til de enkelte studiene som er inkludert og kan dermed gi en indikasjon på den systematiske oversiktens totale kunnskapsgrunnlag, men sier ingenting om de individuelle funnene i den systematiske oversikten. Dette er en forholdsvis ny metode (2015), og artikkelforfatterne skriver at den fortsatt er under utvikling (Lewin et al., 2015). CERQual er en metode for å gradere dokumentasjonskvalitet og styrken for anbefalingene slik at de som lager

retningslinjer og andre brukere kan vite hvor mye de kan stole på hvert enkelt funn når de skal ta en avgjørelse (Malterud, 2017a, s. 126-127).

Et oversiktsfunn blir definert som det analytiske resultatet av en kvalitativ kunnskapsoppsummering, som basert på data fra primærstudiene beskriver et fenomen eller aspekter ved et fenomen (Lewin et al., 2015).

Det er fire komponenter som blir vurdert i CERQual

- Metodologiske begrensinger er i hvor stor grad det er problemer med design eller utforming av primærstudiene som bidrar til det individuelle oversiktsfunnet. Jeg har vurdert de inkluderte primærstudiene etter CASP sin sjekkliste for kvalitative studier tidligere i metasyntesen.
- Relevans er i hvilken utstrekning kunnskapsgrunnet fra primærstudiene som støtter et oversiktsfunn er aktuelt for konteksten (perspektiv, utvalget, fenomen av interesse, setting) spesifisert i mitt forskningsspørsmål.
- Koherens (samsvar) er i hvor stor grad oversiktsfunnet bygger på data som samsvarer i og på tvers av de inkluderte studiene.
- Tilstrekkelig mengde og rike data som støtter funnet.

Vurderingen av et oversiktsfunn baserer seg på bedømmingen av hver av de fire komponentene i CERQual. Hver av komponentene skal i utgangspunktet vurderes individuelt, men det er viktig å se på tvers av komponentene når en skal gjøre en endelig vurdering da komponentene er interaktive og for å unngå dobbel nedgradering for samme sak (Lewin et al., 2015).

Hver av disse fire komponentene graderes som veldig lav, lav, middels eller høy tillit. Artikkelforfatterne foreslår at hvert oversiktsfunn starter med høy tillit og blir gradert ned en eller flere nivåer hvis det er bekymringer angående noen av komponentene i CERQual. Utgangspunktet for dette er at det reflekterer et syn om at hvert oversiktsfunn skal bli sett på som et rimelig representasjon av fenomenet av interesse, med mindre det er faktorer som svekker antagelsen (Lewin et al., 2015).

Jeg presenter CERQual sammendrag av kvalitative funn i tabellen under (tabell 6).

Tabell 6 CERQual Sammendrag av kvalitative funn

Oversiktsfunn	CERQual vurdering av tillit til funn	Forklaring til CERQual vurdering	Studier som bidrar til funnet
Pårørendes tilstedeværelse påvirker helsepersonell	Moderat	Dette hovedfunnet ble gradert til moderat tillit på grunn av mindre bekymringer ifht metodologiske begrensinger, relevans og koherens	Studiene 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10
Pårørende påvirker gjenoppliving	Lav	Dette hovedfunnet ble gradert til lav tillit på grunn av moderate bekymringer ifht koherens og tilstrekkelighet av data.	Studiene 1; 2; 3; 4; 5; 8
Helsepersonells opplevelse av nytteverdi og ulemper for pårørende	Moderat	Dette hovedfunnet ble gradert til moderat tillit på grunn av mindre bekymringer ifht metodologiske begrensinger, relevans, koherens og tilstrekkelighet av data	Studiene 1; 2; 3; 4; 7; 8; 10
Den viktige, men vanskelige rollen som pårørendeansvarlig	Lav	Dette hovedfunnet ble gradert til lav tillit på grunn av moderate bekymringer ifht relevans og tilstrekkelighet av data.	Studiene 1; 2; 3; 5; 6; 7; 8

Studier inkludert i metasynthesen: 1.Chapman (2013), 2.Firn (2017), 3.Glück (2014), 4.Hassankhani (2017a), 5.Hassankhani (2017b), 6.James (2011), 7.Lowry (2012), 8.McClement (2009), 9.Monks (2014), 10.Walker (2014)

Funnet *Pårørendes tilstedeværelse påvirker helsepersonell* er gradert til moderat tillit. Det betyr at det er sannsynlig at oversiktsfunnet er en rimelig representasjon av fenomenet som undersøkes (helsepersonells opplevelse av å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning). (Lewin et al., 2015). Tre komponenter ble vurdert til å gi mindre svekkelser i tillit til funnet. Åtte av ti studier har mindre metodologiske begrensinger, mens to studier har moderate metodologiske begrensinger. Studiene er fra fem ulike land og fire kontinenter (USA, Canada, England, Iran og Australia), bare tre studier har med leger og to studier har med sosionomer og sykehusprester, relevansen blir derfor vurdert til å ha mindre svekkelse i tillit. Dataen fra studiene er rimelig konsistent i og på tvers av studiene (mindre svekkelse i tillit til funnet). Dataomfanget er rikt, og det er ingen bekymringer for tilstrekkelighet av data.

Funnet *Pårørende påvirker gjenoppliving* er gradert til lav tillit, det vil si at det er en mulighet for at funnet er en rimelig representasjon av hvordan helsepersonell opplever å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning. To komponenter har moderat svekkelse i tillit til funnet: koherens (data er rimelig konsistent i og på tvers av studiene, med unntak av delfunnet som innbefatter at pårørende forlenger gjenoppliving, der kun tre studier støtter funnet) og dataomfang (tre studier støtter det ene delfunnet som inngår i hovedfunnet: den ene studien har rike nok data, mens de andre er tynn. Fem studier støtter det andre delfunnet, disse gir til sammen et rikt datamateriell). Metodologiske begrensinger er mindre og det samme er svekkelsen i tillit til relevansen (studier fra fire land).

Funnet *Helsepersonells opplevelse av nytteverdi og ulemper for pårørende* er gradert til moderat tillitt, alle fire komponentene hadde mindre svekkelser i tillit. Det var mindre

metodologiske begrensinger (fem studier med mindre og to med moderate metodologiske begrensinger). Mindre bekymringer for relevans (studier fra fem land og tre kontinenter: USA, Canada, Australia, England og Iran. 4-6 studier støtter de tre delfunnene som utgjør oversiktsfunnet). Mindre bekymringer for koherens (data er rimelig konsistent i og på tvers av studiene). Mindre svekkelse av tillit til dataomfanget (syv studier som til sammen utgjorde et rikt datamateriell).

Siste oversiktsfunn *Den viktige, men vanskelige rollen som pårørendeansvarlig* ble gradert til lav tillit. Dette er begrunnet i moderat bekymring for relevans, syv studier fra fem land støtter delfunnet hvor viktigheten av å ha en pårørendeansvarlig kommer frem. Det er likevel bare delvis relevans på grunn av begrensning i setting og utvalget på de to studier som har undersøkt hvordan den pårørendeansvarlige opplever rollen (England og USA). Moderate bekymringer for dataomfang. Bare to studier sier noe om hvordan rollen som pårørendeansvarlig oppleves, men dataene i de to studiene er rike. Syv studier som omhandler delfunnet *viktigheten av å ha pårørendeansvarlig* har rikt dataomfang. Det er mindre metodologiske begrensinger i studiene (fem studier med mindre og to med moderate metodologiske begrensinger) og mindre bekymringer for koherens da data er rimelig konsistent i og på tvers av studiene.

#### 4.5 Implikasjoner for praksis og videre forskning

For at helsepersonell skal bli tryggere på seg selv og sine ferdigheter når de utfører hjerte-lunge-redning med pårørende til stede, kan det være en fordel at arbeidsplassen legger til rette for at helsepersonell får muligheter til å trene på dette i forkant. Når helsepersonell gjennomgår den jevnlige (ofte årlige) simuleringen og kursing i avansert hjerte-lunge-redning kan det være nyttig å inkludere scenariotrening hvor det simuleres at pårørende er til stede. Disse rådene baserer seg på funnet *pårørendes tilstedeværelse påvirker helsepersonell* som er gradert til moderat tillit, det betyr at funnet sannsynligvis er en rimelig representasjon av hvordan helsepersonell opplever å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning.

Det kan være nyttig at helsepersonell som er med i hjertestansteamet får undervisning om hvilke fordeler pårørende oppgir at de har ved å være til stede. Metasyntesen min indikerer at det er en forskjell fra hvordan helsepersonell tror pårørende opplever det og hvordan pårørende selv rapporterer det i andre studier. Anbefalingen min baserer seg på hovedfunnet *Pårørendes opplevelse av nytteverdi og ulemper for pårørende*, som er gradert til moderat tillit i CERQual.

Basert på denne metasyntesen vil jeg foreslå at det alltid er en sykepleier, sosionom eller sykehusprest som er sammen med pårørende hvis de er til stede ved hjerte-lunge-redning. Denne anbefalingen baserer seg på hovedfunnet *Den viktige, men vanskelige rollen som pårørendeansvarlig*. I utgangspunktet ønsket jeg ikke trekke ut implikasjoner for praksis fra dette hovedfunnet da det er gradert til lav tillit. Delfunnet som beskriver at den pårørendeansvarlige er viktig for helsepersonell og pårørende, skiller seg imidlertid ut fra resten av delfunnene, da det er basert på syv studier og ikke to som de andre. I tillegg støttes delfunnet av annen litteratur som også anbefaler å ha en pårørendeansvarlig hvis pårørende ønsker å være til stede ved hjerte-lunge-redning (Doyle et al., 1987; Porter et al., 2014; Waldemar & Thylen, 2019).

Jeg trekker ikke ut implikasjoner for praksis basert på hovedfunnet *Pårørendes tilstedeværelse påvirker gjenopplivingen* på grunn av lav tillit til funnet.

### **Videre forskning**

Det trengs flere kvalitative studier som utforsker sykepleiere, sosionomer og sykehusprester sin opplevelse som pårørendeansvarliges ved hjerte-lunge-redning. Det bør også utføres studier som ser på hvilke yrkesgrupper som er best egnet til å ha denne rollen. Dette vil variere fra land til land, og etter hvor stort sykehuset er. Det er behov for flere studier som ser på effekten på hjerte-lunge-redning med pårørende til stede kontra uten pårørende til stede. Her bør tid brukt på gjenopplivingen og mortalitet være noen av utfallsmålene.

Jeg har ikke identifisert studier fra Norge som omhandler pårørendes tilstedeværelse ved hjerte-lunge-redning. Det er ukjent hvor utbredt fenomenet er på norske sykehus. Det bør utføres en spørreundersøkelse blant helsepersonell som jobber på akuttavdelinger (akuttmottak, intensivavdelinger og overvåkingsavdelinger) i Norge. Studien bør kartlegge utbredelse og holdninger til å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning.

## 5 Konklusjon

Jeg har identifisert ti studier som ble inkludert i metasyntesen. Åtte studier har sett på helsepersonells opplevelse av å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning og to studier har sett på hvordan rollen som pårørendeansvarlig oppleves. Studiene var hovedsakelig fra vestlige land som England, USA, Canada og Australia, det var kun to studier fra ikke-vestlige land og de kom begge fra Iran. Jeg analyserte og syntetiserte de inkluderte studiene etter Noblit og Hare (1988) sin metode for metaetnografi. Jeg fant fire hovedfunn som indikerer hvordan det oppleves for helsepersonell å ha pårørende til stede ved hjerte-lunge-redning: 1) Pårørendes tilstedeværelse påvirker helsepersonell 2) Pårørende tilstedeværelse påvirker gjenoppliving 3) Helsepersonells opplevelse av nytteverdi og ulemper for pårørende og 4) Den viktige, men vanskelige rollen som pårørendeansvarlig.

Jeg hadde størst tillit til det første og det tredje funnet. Disse to ble begge gradert til moderat tillit. I det første funnet opplever helsepersonell at de blir påvirket av pårørendes tilstedeværelse på både positiv og negativ måte. De føler seg blant annet overvåket av pårørende, opplever stress og kan bli usikker på egen kompetanse. Dette gjelder spesielt helsepersonell uten mye erfaring med hjerte-lunge-redning. Funnet indikerer på den andre siden at helsepersonell med lengre erfaring ikke opplever å stress og usikkerhet på egen kompetanse på samme måte som helsepersonell med mindre erfaring. Helsepersonell opplever også at pasienten blir mer «menneskelig» når pårørende er til stede, han blir ikke bare en diagnose. Funnet indikerer at kommunikasjonen på behandlingsrommet blir bedre, men det blir også vanskeligere å bruke mestringsstrategier som humor for helsepersonell. Helsepersonell kan bli følelsesmessig påvirket av å være pårørendeansvarlig. Det er derfor viktig at den som er pårørendeansvarlig får muligheter til å delta på debrifing etter å ha vært til stede for pårørende.

Det tredje funnet mitt indikerer at helsepersonell opplever at det kan være positivt for pårørende å være til stede ved gjenoppliving, men de er også bekymret for at pårørende får negative ettervirkninger som følge av at de var til stede. Studier som har undersøkt pårørendes erfaringer med å være til stede indikerer at det ikke oppleves traumatisk for dem. Det er dermed et gap mellom det helsepersonell tror pårørende opplever og det som er rapportert fra pårørende selv. Helsepersonells opplevelse av nytteverdi for pårørende ser ut til å stemme mer overens med pårørendes egne opplevelser. Helsepersonell som er med i hjertestansteamet

opplever også at det å ha en som tar seg av pårørende er essensielt for å kunne la pårørende få være til stede ved gjenoppliving av et nært familiemedlem.

Akuttmottak og andre avdelinger som vurderer å gi pårørende et tilbud om å få være til stede ved hjerte-lunge-redning bør forberede helsepersonell godt i forkant. Det er viktig at helsepersonell som deltar i hjertestanssituasjoner er trygge på seg selv og jobben de skal gjøre. Hvis ikke kan det å ha pårørende til stede gjør dem usikre og de opplever at jobben de gjør ikke utføres bra. Det å ha pårørende til stede kan også bli inkludert i de regelmessige scenariotreningene i hjerte-lunge-redning. På samme måte kan også sykepleier, sosionom eller sykehusprest som har rollen som pårørendeansvarlig inkluderes når det skal trenes på hjerte-lunge-redning. Det kan være med å bidra til at pårørendeansvarlig og hjertestansteamet får kjennskap til hverandres oppgaver og roller ved hjertestans.



## Litteraturliste:

- Al Khalaileh, M. (2014). Jordanian critical care nurses' attitudes toward and experiences of do not resuscitate orders. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(8), 403-408.
- Atkins, S., Lewin, S., Smith, H., Engel, M., Fretheim, A. & Volmink, J. (2008). Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: lessons learnt. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 21.
- Bashayreh, I., Saifan, A., Batiha, A. M., Timmons, S. & Nairn, S. (2015). Health professionals' perceptions regarding family witnessed resuscitation in adult critical care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2611-2619.
- Booth, A. (2016). Searching for qualitative research for inclusion in systematic reviews: a structured methodological review. *Systematic Reviews*, 5(1), 74. doi:10.1186/s13643-016-0249-x
- Bossaert, L. L., Perkins, G. D., Askitopoulou, H., Raffay, V. I., Greif, R., Haywood, K. L., ... Steen, P. A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 95, 302-311. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.033
- Burns, J. P., Edwards, J., Johnson, J., Cassem, N. H. & Truog, R. D. (2003). Do-not-resuscitate order after 25 years\*. *Critical Care Medicine*, 31(5), 1543-1550. doi:10.1097/01.ccm.0000064743.44696.49
- Campbell, R., Pound, P., Morgan, M., Daker-White, G., Britten, N., Pill, R., ... Donovan, J. (2011). Evaluating meta-ethnography: systematic analysis and synthesis of qualitative research. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 15(43), 1-164.
- Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic Reviews*. Hentet fra [www.yps-publishing.co.uk](http://www.yps-publishing.co.uk)
- Chapman, R., Bushby, A., Watkins, R. & Combs, S. (2013). Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite Family Witnessed Resuscitation: a qualitative perspective. *International Emergency Nursing*, 22(1), 18-24.
- Cooke, A., Smith, D. & Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435-1443.
- Cottle, E. M. & James, J. E. (2008). Role of the family support person during resuscitation. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 23(9), 43-47.
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). CASP Qualitative Appraisal Checklist for Qualitative Research [Internett]. Hentet 02.04. 2019 fra [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., ...  
Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the  
patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task  
Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622.
- DeJean, D., Giacomini, M., Simeonov, D. & Smith, A. (2016). Finding Qualitative Research  
Evidence for Health Technology Assessment. *Qualitative Health Research*, 26(10),  
1307-1317.
- DiCenso, A., Guyatt, G. & Ciliska, D. (2005). *Evidence-based nursing: a guide to clinical  
practice*. St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Doyle, C., Post, H., Burney, R., Maino, J., Keefe, M. & Rhee, K. J. (1987). Family  
participation during resuscitation: An option. *Annals of Emergency Medicine*, 16(6),  
673-675.
- Duran, C. R., Oman, K. S., Abel, J. J., Koziel, V. M. & Szymanski, D. (2007). Attitudes  
toward and beliefs about family presence: A survey of healthcare providers, patients'  
families, and patients. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 270-282.
- Firn, J., DeVries, K., Morano, D. & Spano-English, T. (2017). Social workers' experiences as  
the family support person during cardiopulmonary resuscitation attempts. *Social Work  
in Health Care*, 56(6), 541-555.
- Ganz, F. D. & Yoffe, F. (2012). Intensive care nurses' perspectives of family-centered care  
and their attitudes toward family presence during resuscitation. *Journal of  
Cardiovascular Nursing*, 27(3), 220-227.
- Gluck, D. M. (2014). How past experiences impact a nurse's decision about family presence  
during resuscitation: A phenomenological study. *Dissertation Abstracts International:  
Section B: The Sciences and Engineering*, 75(10-B(E)), No Pagination Specified.
- Hassankhani, H., Zamanzade, V., Rahmani, A., Haririan, H. & Porter, J. E. (2017b). Family  
support liaison in the witnessed resuscitation: A phenomenology study. *International  
Journal of Nursing Studies*, 74, 95-100.
- Hassankhani, H., Zamanzadeh, V., Rahmani, A., Haririan, H. & Porter, J. E. (2017a). Family  
Presence During Resuscitation: A Double-Edged Sword. *Journal of nursing  
scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society  
of Nursing*, 49(2), 127-134.
- Helsedirektoratet. (2009). *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende  
behandling* (IS-2091). Hentet fra  
[https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-  
Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf)
- Helsedirektoratet. (2017). *Pårørendeveileder* (Nasjonale faglige retningslinjer, IS-2587).  
Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder>
- Helseforskningsloven. (2009). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-  
44). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

- James, J., Cottle, E. & Hodge, D. (2011). Registered nurse and health care chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(1), 19-26.
- Johnson, C. (2017). A literature review examining the barriers to the implementation of family witnessed resuscitation in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs*, 30, 31-35. doi:10.1016/j.ienj.2016.11.001
- Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O. & Albarran, J. (2010). Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 15(5), 241-250. doi:10.1111/j.1478-5153.2010.00405.x
- Lefebvre, C., Manheimer, E. & Glanville, J. (2011). Searching for studies. I J. Higgins & S. Green (Red.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Version 5.1.0. utg.). Hentet fra [www.handbook.cochrane.org](http://www.handbook.cochrane.org).
- Leung, N. Y. & Chow, S. K. Y. (2012). Attitudes of healthcare staff and patients' family members towards family presence during resuscitation in adult critical care units. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13/14), 2083-2093. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.04013.x
- Lewin, S., Glenton, C., Munthe-Kaas, H., Carlsen, B., Colvin, C. J., Gülmezoglu, M., ... Rashidian, A. (2015). Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLOS Medicine*, 12(10), 1-18. doi:10.1371/journal.pmed.1001895
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000100. doi:10.1371/journal.pmed.1000100
- Lowry, E. (2012). "It's Just What We Do": A Qualitative Study of Emergency Nurses Working with Well-Established Family Presence Protocol. *Journal of Emergency Nursing*, 38(4), 329-334.
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J. & Møller, A. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning : redskaber til evidensbaseret praksis*. København: Munksgaard.
- Madden, E. & Condon, C. (2007). Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during CPR. *J Emerg Nurs*, 33(5), 433-440. doi:10.1016/j.jen.2007.06.024
- Major, C. H. & Savin-Baden, M. (2010). *An introduction to qualitative research synthesis : managing the information explosion in social science research* [Kindle]. Hentet fra <http://www.amazon.com>
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.

- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. . utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Maxwell, J. A. (2012). *A realist approach for qualitative research*. Los Angeles: SAGE.
- McClement, S. E., Fallis, W. M. & Pereira, A. (2009). Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(3), 233-240.
- McLaughlin, K. (2013). Family-centred care during resuscitation events. *Emergency Nurse*, 21(3), 28-34.
- Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E. & Calvin, A. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses, and physicians. *AJN American Journal of Nursing*, 100(2), 32-43.
- Mian, P., Warchal, S., Whitney, S., Fitzmaurice, J. & Tancredi, D. (2007). Impact of a multifaceted intervention on nurses' and physicians' attitudes and behaviors toward family presence during resuscitation. *Critical Care Nurse*, 27(1), 52-61.
- Monks, J. & Flynn, M. (2014). Care, compassion and competence in critical care: a qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitation. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(6), 353-359.
- Mortelmans, L. J., Van Broeckhoven, V., Van Boxstael, S., De Cauwer, H. G., Verfaillie, L., Van Hellemond, P. L., ... Cas, W. M. (2010). Patients' and relatives' view on witnessed resuscitation in the emergency department: a prospective study. *European Journal of Emergency Medicine*, 17(4), 203-207.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015). Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. . Hentet 12.04 2019 fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/2015\\_handbok\\_slik\\_oppsummerer\\_vi\\_forskning.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/2015_handbok_slik_oppsummerer_vi_forskning.pdf)
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Norsk hjertestansregister. Hentet 28.02 2019 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/norsk-hjertestansregister>
- National Guideline Clearinghouse. (2012). Clinical practice guideline: family presence during invasive procedures and resuscitation. Hentet fra <https://www.guideline.gov/summaries/summary/47542/clinical-practice-guideline-family-presence-during-invasive-procedures-and-resuscitation?q=family+presence>
- Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988). Meta-Ethnography. I. doi: 10.4135/9781412985000
- Norsk Resuscitasjonsråd. (2016). *AHLR : norsk grunnkurs i avansert hjerte-lungeredning* (4. utg. utg.). Stavanger: Laerdal Medical.
- Nykiel, L., Denicke, R., Schneider, R., Jett, K., Denicke, S., Kunish, K., ... Williams, J. A. (2011). Evidence-Based Practice and Family Presence: Paving the Path for Bedside Nurse Scientists. *Journal of Emergency Nursing*, 37(1), 9-16.

- Oczkowski, S. J., Mazzetti, I., Cupido, C. & Fox-Robichaud, A. E. (2015). The offering of family presence during resuscitation: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Intensive Care*, 3(1), 41. doi:10.1186/s40560-015-0107-2
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. doi:10.1186/s13643-016-0384-4
- Paplanus, L., Salmond, S., Jadotte, Y. & Viera, D. (2012a). A Systematic Review of Family Witnessed Resuscitation and Family Witnessed Invasive Procedures in Adults in Hospital Settings Internationally - Part II: Perspectives of Healthcare Providers. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 10(33), 2018-2294.
- Paplanus, L., Salmond, S., Jadotte, Y. & Viera, D. (2012b). A Systematic Review of Family Witnessed Resuscitation and Family Witnessed Invasive Procedures in Adults in Hospital Settings Internationally – Part I: Perspectives of Patients and Families. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 10(32), 1883-2017.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Porter, J., Cooper, S. & Sellick, K. (2013). Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): A quantitative literature review. *International Emergency Nursing*, 21(1), 26-34. doi:10.1016/j.ienj.2012.04.002
- Porter, J., Cooper, S. & Sellick, K. (2014). Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *International Emergency Nursing*, 22(2), 69-74.
- Porter, J., Miller, N., Giannis, A. & Coombs, N. (2017). Family Presence During Resuscitation (FPDR): Observational case studies of emergency personnel in Victoria, Australia. *International Emergency Nursing*, 33, 37-42. doi:10.1016/j.ienj.2016.12.002
- Powers, K. A. (2017). Educational Interventions to Improve Support for Family Presence During Resuscitation. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(2), 125-138. doi:10.1097/DCC.0000000000000228
- REK. (2010). Sjekkliste for vurdering av kvalitative forskningsprosjekter i Regional komitè for medisin og helsefaglig forskningsetikk (REK). Hentet 05.04 2019 fra <https://www.etikk.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/Sjekkliste-for-vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekter-i-REK/>
- Rittenmeyer, L. & Huffman, D. (2012). How Families and Health Care Practitioners Experience Family Presence during Resuscitation and Invasive Procedures. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 10(31), 1785-1882.

- Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R. & Kvist, T. (2017). Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice. *Nursing in Critical Care*, 09, 09.
- Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R. & Kvist, T. (2019). Preferences of patients' family regarding family-witnessed cardiopulmonary resuscitation: A qualitative perspective of intensive care patients' family members. *Intensive & Critical Care Nursing*, 50, 95-102.
- Timmins, F. & Pujol, N. (2018). The Role of Healthcare Chaplains in Resuscitation: A Rapid Literature Review. *Journal of Religion & Health*, 57(3), 1183-1195.
- Twibell, R., Siela, D., Riwitis, C., Neal, A. & Waters, N. (2017). A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation. *Journal of Clinical Nursing*, 05, 05.
- Waldemar, A. & Thylen, I. (2019). Healthcare professionals' experiences and attitudes towards family-witnessed resuscitation: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 07, 07.
- Walker, W. M. (2014). Emergency care staff experiences of lay presence during adult cardiopulmonary resuscitation: A phenomenological study. *Emergency Medicine Journal*, 31(6), 453-458.
- Wang, C. H., Chang, W. T., Huang, C. H., Tsai, M. S., Yu, P. H., Wu, Y. W. & Chen, W. J. (2019). Factors associated with the decision to terminate resuscitation early for adult in-hospital cardiac arrest: Influence of family in an East Asian society. *PLoS ONE*, 14 (3) (no pagination)(e0213168).
- Wedervang-Resell, A., Østraat, I. E., Haga, M., Klinkelberg, E. & Berglund, K. (2017). *Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter* (IS-2618). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1405/Kartlegging-av-vold-mot-helsepersonell-og-medpasienter-IS-2681.pdf>
- Zali, M., Hassankhani, H., Powers, K. A., Dadashzadeh, A. & Rajaei Ghafouri, R. (2017). Family presence during resuscitation: A descriptive study with Iranian nurses and patients' family members. *International Emergency Nursing*, 34, 11-16.

## Vedlegg I – Fokuslister med emneord og tekstord

Tabell 7 Fokusliste med emneord og tekstord Embase

Fokus 1: Hjerter-lunge-redning	Fokus 2: Pårørende	Fokus 3: Helsepersonell	Fokus 4: Hybridfilter
<b>MeSH:</b> resuscitation or	<b>MeSH:</b> family centered care or family or relative or	<b>MeSH:</b> health care personnel or hospital personnel or social worker or nurse practitioner or physician or	<b>MeSH:</b> qualitative research or interview or case study or qualitative analysis or grounded theory or ethnographic research or hermeneutics or phenomenology or thematic analysis or
<b>Tekstord:</b> cpr or cardiopulmonary resuscitation or cardio-pulmonary resuscitation or mouth to mouth resuscitation	<b>Tekstord:</b> fwr or fpdr or family or families or relative or next-of-kin or next of kin or parent or mother or father or adult child or son or sons or daughter or sibling or sister or brother	<b>Tekstord:</b> health care provider or health care practitioner or health personnel or Health Professional or health care worker or nurse or physician or doctor or personnel or staff or surgeon or social worker	<b>Tekstord:</b> (theme\$ or thematic) or qualitative or Nursing Methodology Research or questionnaire\$ or ethnological research or ethnograph\$ or ethnonursing or phenomenol\$ or (grounded adj (theor\$ or study or studies or research or analys?s)). or (life stor\$ or women* stor\$) or (emic or etic or hermeneutic\$ or heuristic\$ or semiotic\$). or (data adj1 saturat\$).tw. or participant observ\$. or (social construct\$ or (postmodern\$ or post-structural\$) or (post structural\$ or poststructural\$) or post modern\$ or post-modern\$ or feminis\$ or interpret\$). or (action research or cooperative inquir\$ or co operative inquir\$ or co-operative inquir\$). or (humanistic or existential or experiential or paradigm\$). or (field adj (study or studies or research)). or human science or biographical method or theoretical sampl\$ or ((purpos\$ adj4 sampl\$) or (focus adj group\$)). or (account or accounts or unstructured or openended or open ended or text\$ or narrative\$). or (life world or life-world or conversation analys?s or personal experience\$ or theoretical saturation). or ((lived or life) adj experience\$). or cluster sampl\$. or observational method\$. or content analysis or (constant adj (comparative or comparison)). or ((discourse\$ or discours\$) adj3 analys?s). or narrative analys?s. or heidegger\$. or colaizzi\$. or spiegelberg\$. or (van adj manen\$). or (van adj kaam\$). or (merleau adj ponty\$). or husserl\$ or foucault\$ or (corbin\$ adj2 strauss\$) or glaser\$

Tabell 8 Fokusliste med emneord og tekstord PsycINFO

Fokus 1: Hjerter-lunge-redning	Fokus 2: Pårørende
<b>MeSH:</b> CPR or	<b>MeSH:</b> Family or Family Members or Significant Others or
<b>Tekstord:</b> cpr or resuscitation or cardiopulmonary resuscitation or cardio-pulmonary resuscitation or mouth to mouth resuscitation	<b>Tekstord:</b> family or families or relative or next-of-kin or next of kin or parent or mother or father or adult child or son or sons or daughter or sibling or sister or brother or fwr or fpdr

Tabell 9 Fokusliste med emneord og tekstord SveMed+

Fokus 1: Hjerter-lunge-redning	Fokus 2: Pårørende
<b>MeSH:</b> Resuscitation	<b>MeSH:</b> Family
<b>Tekstord:</b> cpr or cardiopulmonary resuscitation or mouth to mouth resuscitation	<b>Tekstord:</b> family or families or relative or next-of-kin or next of kin or parent or mother or father or adult child or son or sons or daughter

Tabell 10 Fokusliste med emneord og tekstord CINAHL

Fokus 1: Hjerte-lunge-redning	Fokus 2: Pårørende	Fokus 3: Helsepersonell	Fokus 4: Hybridfilter
<b>MH:</b> Resuscitation or	<b>MH:</b> Family Centered Care or Family or	<b>MH:</b> Health Personnel or Nurses or Physicians or Social Workers or Professional-Family Relations or Attitude of Health Personnel or	<b>MH:</b> Interviews or Audiorecording or Grounded Theory or Qualitative Studies or Research, Nursing or Questionnaires or Focus Groups or Discourse Analysis or Content Analysis or Ethnographic Research or Ethnological Research or Ethnonursing Research or Constant Comparative Method or Qualitative Validity or Purposive Sample or Observational Methods or Field Studies or Theoretical Sample or Phenomenology or Phenomenological Research or Life Experiences or Cluster Sample or
<b>Tekstord:</b> cpr or cardiopulmonary resuscitation or cardiopulmonary resuscitation or mouth to mouth resuscitation	<b>Tekstord:</b> fpdr or fwr or family or families or relative or next-of-kin or next of kin or parent or mother or father or adult child or son or sons or daughter or sibling or sister or brother	<b>Tekstord:</b> health care provider or health care practitioner or health personnel or Health Professional or health care worker or nurse or physician or doctor or personnel or staff or surgeon or social worker	<b>Tekstord:</b> Ethnonursing or ethnograph* or phenomenol* or interview* or grounded N1 theor* or grounded N1 study or grounded N1 studies or grounded N1 research or grounded N1 analys?s or life stor* or women's stor* or emic or etic or hermeneutic\$ or heuristic\$ or semiotic\$ or data N1 saturat* or participant observ* or social construct* or postmodern* or post-structural* or post structural* or poststructural* or post modern* or post-modern* or feminis* or interpret* or action research or cooperative inquir* or co operative inquir* or co-operative inquir* or humanistic or existential or experiential or paradigm* or field N1 stud* or field N1 research or human science or biographical methods or theoretical sampl* or purpos* N4 sampl* or focus N1 group* or account or accounts or unstructured or openended or open ended or text* or narrative* or life world or life-world or conversation analys?s or personal experience* or theoretical saturation or lived experience* or life experience* or theme* or thematic or observational method* or questionnaire* or content analysis or discourse* N3 analys?s or discours* N3 analys?s or constant N1 comparative or constant N1 comparison or narrative analysis or Heidegger* or Colaizzi* or Spiegelberg* or van N1 manen* or van N1 kaam* or merleau N1 ponty* or husserl* or Foucault* or Corbin* N2 strauss* or strauss* N2 corbin* or glaser*



## Vedlegg II - Fagfellevurdering Litteratursøk

Peer Review of Electronic Search Strategies (PRESS)			
Review title: Hvordan opplever helsepersonell å ha pårørende tilstede ved hjerte-lunge-redning? En systematisk oversikt over kvalitative studier			
Student: Anne Kristin Knudsen		Reviewer: Gunhild Austrheim	
Date completed: 30. Mai 2018			
Database: Medline			
			If "B" or "C," please provide an explanation or example:
1	<b>Translation of the research question</b>	<input type="checkbox"/> A. No revisions <input checked="" type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Problemstillinga er godt overført til SPIDER og dei ulike elementa er ryddig sett opp i søket. Likevel vil eg føreslå endringar i søket då det er brukt for få tekstord for både familie og helsepersonell. I tillegg er det variantar av tekstord som ikkje er brukt for hjerte-lunge-redning og som gjev fleire treff når eg har testa med det. Sjå forklaring under tekstord. Det er også to emneord som ikkje har tekstordsøk, Attitudes of health personnell og Professiona-Family Relations.</p> <p>Eg limer inn mitt testsøk under kommentarar slik at du kan sjå korleis eg har testa ting og gjort kombinasjonane.</p>
2	<b>Boolean and proximity operators</b>	<input checked="" type="checkbox"/> A. No revisions <input type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>AND og OR er brukt rett og det er ingen gjengløynde linjer nokon stad. Søkert brukar ikkje nærleiksoperatorar (adj), og eg ser ikkje at det skulle vera ønskjeleg i dette søket.</p>
3	<b>Subject headings</b>	<input checked="" type="checkbox"/> A. No revisions <input type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Alle emneorda som er brukt er relevante og explode-funksjonen er brukt rett. Eg kan ikkje sjå at det er andre emneord som opplagt burde vore med. Sjølv stussar eg over at sosialarbeidar er med sidan eg ikkje ville tenkt at dei var tilstades under gjenoppliving, men her stolar eg på at studenten veit dette best.</p>
4	<b>Text word searching</b>	<input type="checkbox"/> A. No revisions <input type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input checked="" type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Tekstord er alltid vanskeleg for når har ein eigentleg funne alle alternative stavemåtar og relevante ord/synonym?</p> <p>Du har brukt cardiopulmonary resuscitation som tekstord, men i scope note for resuscitation står også cardio-pulmonary resuscitation. Dette uttrykket gjer treff som</p>

			<p>ikkje er med i søket ditt. Dette er utklipp frå mi testing av søket:</p> <p>17 cardio-pulmonary resuscitation.tw,kw. (323)</p> <p>18 cardiopulmonary resuscitations.tw,kw. (43)</p> <p>19 cardiopulmonary resuscitation.tw,kw. (12938)</p> <p>20 17 or 19 (13194)</p> <p>Sjølv om ikkje cardio-pulmonary resuscitation gjev mange treff er det likevel slik at det er unike treff i høve til cardiopulmonary resuscitation som vist i linje 20. Elles skreiv eg feil i linje 18 og tok med ein fleirtals-s på resuscitation og det gjev faktisk nokre treff. Ofte brukar ein fleirtalsforman i skriving når ein snakkar generelt om noko og artiklar som omhandlar gjenoppliving kan difor nytta fleirtalsforma. Eg ville difor vurdert å trunkere resuscitation i tekstordsøket.</p> <p>Tekstordsøk for familie – her er det for få ord. Utfordringa ser sjølvsagt når ein har tatt med nok. Sjølv om du ser på gjenoppliving av vaksne vil det vera fullt mogleg at foreldre er til stades ved gjenomliving av sine vaksne barn, og motsett, vaksne born er tilstades ved gjenoppliving av foreldre. Eg ville absolutt tatt tatt med fleirtalsforma av familie. Dette er mitt forslag til familieord, eg har ikkje sett at det er utvikla søkefilter for dette.</p> <p>23 (family or families or relative* or next-of-kin or next of kin or parent* or mother* or father* or adult child* or son or sons or daughter* or sibling* or sister* or brother*).tw,kw. (2504633)</p> <p>og dette er det du hadde brukt:</p> <p>5 (relative* or family or Next-of-kin).tw,kw. (1891055)</p> <p>Sjølv om eg har svært mange fleire treff enn du har gjer det ikkje veldig store utslag på det endelege søkeresultatet.</p> <p>I søkestrengane for familie har du og fwr og fpdr, desse uttrykka må også skrivast fullt ut. Det vil gje fleire treff. I tillegg har eg testa med berre family presence og family witness* og desse omgrepa blir brukte saman med resuscitation.</p>
--	--	--	---

			<p>24 fwr.ab. (110)  25 family witnessed resuscitation.tw,kw. (65)  26 fpdr.ab. (38)  27 family presence during resuscitation.tw,ab. (125)  28 25 or 27 (181) – ditt søk med berre forkortingane gav 150 treff  29 4 or 5 or 6 or 23 or 25 or 27 (2603800)  30 3 and 29 (7398)  31 15 and 30 (2112)  32 family presence.tw,kw. (424)  33 family witness*.tw,kw. (83)  34 32 or 33 (476)  35 3 and 34 (274)</p> <p>Og so er det den delen av søket som går på helsepersonell. Her manglar det også tekstord. Vanlegvis vil ein ha tekstordsøk til kvart emneordssøk, men eg ser at det kan vera vanskeleg her med Attitudes of Health Personnel og Professional-Family relations. Dessutan vil mykje uansett bli fanga opp av tekstordsøket for helsepersonell. Her fins det heller ikkje eit søkefilter du kan bruka etter det eg kjenner til.</p> <p>Mitt helsepersonellsøk ser slik ut:  37 (health care provider* or health care practitioner* or health personnel or Health Professional* or health care worker* or nurse* or physician* or doctor* or personnel or staff or surgeon* or social worker*).tw,kw. (1022841)</p> <p>Slik du hadde sett opp ditt søk ville du ha mista nursing staff eller surgical staff eller medical personnel. Eg har og lagt til health professional sidan det er mykje brukt. I og med at det er mange omgrep som startar med health eller health care kunne det godt vore brukt nærleiksoperatorar eller wild cards her. Til dømes slik ((health or health care) adj2 (worker* or professional* or provider* or practitioner or personnel)). Eg har ikkje testa ut denne varianten.</p> <p>Til saman betyr desse endringane i tekstordsøka at du vil finna ca 600 fleire artiklar i Medline.</p>
5	<b>Spelling, syntax, and line numbers</b>	<input checked="" type="checkbox"/> A. No revisions	Det er ingen stavefeil som eg kan sjå. Feltkodane er rett brukt og linjene er kombinert rett.

		<input type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input type="checkbox"/> C. Revision(s) required	Du har brukt .tw,kw og her i Medline tilsvarar det ti,ab,kw. Eg ville likevel vurdert å bruka ti,ab,kw sidan det er tydlegare kva felt som blir søkt. Text word kan søka andre felt i andre databasar.
6	<b>Limits and filters</b>	<input checked="" type="checkbox"/> A. No revisions <input type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input type="checkbox"/> C. Revision(s) required	Det er ikkje brukt avgrensingar i søket. Det er brukt eit filter for kvalitative studier og sidan det er eit validert filter har eg ikkje vurdert det i denne fagfellevurderinga. Eg har berre vudert det som studenten sjølv har utvikla.
7	<b>Overall evaluation</b> (if one or more «revision required is noted above, the response must be «revisions required»)	<input type="checkbox"/> A. No revisions <input type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input checked="" type="checkbox"/> C. Revision(s) required	Som eg har kommentert over må tekstordsøka for resuscitation, familie og helsepersonell alle utvidast.

### Additional comments:

Eg ser av det innleverte dokumentet at du alt har gått gjennom og valgt ut dei studieane du vil vurdere for inklusjon. Dermed er det jo litt kjedeleg å måtta gjera søket om igjen for å få med desse ekstra treffa. Eg reknar med at du har lagra søket og greit kan bruka edit-funksjonen under More for å retta opp i tekstordsøka. Utdringa er korleis ein kan unngå å gå gjennom tittel/abstracts som ein alt har vurdert. Om du brukar EndNote er det relativt enkelt. Opprett eit nytt EndNote-bibliotek for dette oppdaterte søket. Når du har lasta over alle referansane frå det oppdaterte søket i alle databasane, opnar du det EndNote-biblioteket du laga ved første gjennomgang av søkeresultat. Merk alle referansane her (Ctrl-A) og høgreklikk Copy to library og velg det nye biblioteket ditt. Begge biblioteka må vera opne samstundes. Deretter står du i det nye biblioteket og tar Deduplicate. Berre lukk den boksen som kjem opp og lar deg velje kva referanse du vil behalde. Ta Ctrl-A på alt som står som dublettar og slett det. Då vil du (håpar eg) stå igjen med berre dei referansane du ikkje har gått gjennom før. Lukke til!

Dette er søket eg har gjort for å testa ditt søk og NB – eg har ikkje endre i resuscitation-delen her:

Database: Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>  
Search Strategy:

- 
- 1 exp RESUSCITATION/ (86644)
  - 2 (cpr or cardiopulmonary resuscitation or mouth to mouth resuscitation).tw,kw. (18229)
  - 3 1 or 2 (93772)
  - 4 exp FAMILY/ (288194)
  - 5 (relative\* or family or Next-of-kin).tw,kw. (1891055)

6 (fwr or fpdr).tw,kw. (150)  
 7 4 or 5 or 6 (2090204)  
 8 3 and 7 (5872)  
 9 "Attitude of Health Personnel"/ (110647)  
 10 exp Health Personnel/ (460477)  
 11 Social Workers/ (277)  
 12 Professional-Family Relations/ (13790)  
 13 (physician\* or nurse\* or doctor\*).tw,kw. (660856)  
 14 (health care provider\* or health care practitioner\* or social worker\*).tw,kw. (40267)  
 15 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 (1033961)  
 16 8 and 15 (1727)  
 17 cardio-pulmonary resuscitation.tw,kw. (323)  
 18 cardiopulmonary resuscitations.tw,kw. (43)  
 19 cardiopulmonary resuscitation.tw,kw. (12938)  
 20 17 or 19 (13194)  
 21 mouth to mouth resuscitation.tw,kw. (125)  
 22 mouth-to-mouth resuscitation.tw,kw. (125)  
 23 (family or families or relative\* or next-of-kin or next of kin or parent\* or mother\* or father\*  
 or adult child\*  
 or son or sons or daughter\* or sibling\* or sister\* or brother\*).tw,kw. (2504633)  
 24 fwr.ab. (110)  
 25 family witnessed resuscitation.tw,kw. (65)  
 26 fpdr.ab. (38)  
 27 family presence during resuscitation.tw,ab. (125)  
 28 25 or 27 (181)  
 29 4 or 5 or 6 or 23 or 25 or 27 (2603800)  
 30 3 and 29 (7398)  
 31 15 and 30 (2112)  
 32 family presence.tw,kw. (424)  
 33 family witness\*.tw,kw. (83)  
 34 32 or 33 (476)  
 35 3 and 34 (274)  
 36 31 or 35 (2180)  
 37 (health care provider\* or health care practitioner\* or health personnel or Health  
 Professional\* or health care  
 worker\* or nurse\* or physician\* or doctor\* or personnel or staff or surgeon\* or social  
 worker\*).tw,kw. (1022841)  
 38 9 or 10 or 11 or 12 or 37 (1320661)  
 39 3 and 29 and 38 (2359)

### Vedlegg III - Søkehistorikk

**Database: Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>**

Search Strategy: **14.06.2018**

-----

- 1 exp RESUSCITATION/ (86849)
- 2 (cpr or cardiopulmonary resuscitation\* or cardio-pulmonary resuscitation\* or mouth to mouth resuscitation).tw,kw. (18489)
- 3 1 or 2 (94099)
- 4 exp FAMILY/ (289500)
- 5 (family or families or relative\* or next-of-kin or next of kin or parent\* or mother\* or father\* or adult child\* or son or sons or daughter\* or sibling\* or sister\* or brother\*).tw,kw. (2513120)
- 6 (fwr or fpdr).tw,kw. (153)
- 7 4 or 5 or 6 (2612521)
- 8 3 and 7 (7443)
- 9 "Attitude of Health Personnel"/ (111048)
- 10 exp Health Personnel/ (462089)
- 11 Social Workers/ (289)
- 12 Professional-Family Relations/ (13830)
- 13 (health care provider\* or health care practitioner\* or health personnel or Health Professional\* or health care worker\* or nurse\* or physician\* or doctor\* or personnel or staff or surgeon\* or social worker\*).tw,kw. (1026898)
- 14 9 or 10 or 11 or 12 or 13 (1325553)
- 15 8 and 14 (2372)
- 16 exp qualitative research/ (40168)
- 17 interview/ (27958)
- 18 (theme\$ or thematic).mp. (84634)
- 19 qualitative.af. (202506)
- 20 Nursing Methodology Research/ (16133)

- 21 questionnaire\$.mp. (636133)
- 22 ethnological research.mp. (7)
- 23 ethnograph\$.mp. (9258)
- 24 ethnonursing.af. (105)
- 25 phenomenol\$.af. (22925)
- 26 (grounded adj (theor\$ or study or studies or research or analys?s)).af. (9933)
- 27 (life stor\$ or women\* stor\$).mp. (1181)
- 28 (emic or etic or hermeneutic\$ or heuristic\$ or semiotic\$).af. or (data adj1 saturat\$).tw. or participant observ\$.tw. (19984)
- 29 (social construct\$ or (postmodern\$ or post-structural\$) or (post structural\$ or poststructural\$) or post modern\$ or post-modern\$ or feminis\$ or interpret\$).mp. (474249)
- 30 (action research or cooperative inquir\$ or co operative inquir\$ or co-operative inquir\$).mp. (3624)
- 31 (humanistic or existential or experiential or paradigm\$).mp. (133530)
- 32 (field adj (study or studies or research)).tw. (14560)
- 33 human science.tw. (235)
- 34 biographical method.tw. (15)
- 35 theoretical sampl\$.af. (571)
- 36 ((purpos\$ adj4 sampl\$) or (focus adj group\$)).af. (52415)
- 37 (account or accounts or unstructured or openended or open ended or text\$ or narrative\$).mp. (557295)
- 38 (life world or life-world or conversation analys?s or personal experience\$ or theoretical saturation).mp. (13912)
- 39 ((lived or life) adj experience\$).mp. (8989)
- 40 cluster sampl\$.mp. (6181)
- 41 observational method\$.af. (640)
- 42 content analysis.af. (21652)
- 43 (constant adj (comparative or comparison)).af. (3873)
- 44 ((discourse\$ or discurs\$) adj3 analys?s).tw. (1876)

45 narrative analys?s.af. (1018)

46 heidegger\$.tw. (601)

47 colaizzi\$.tw. (558)

48 spiegelberg\$.tw. (78)

49 (van adj manen\$.tw. (351)

50 (van adj kaam\$.tw. (38)

51 (merleau adj ponty\$.tw. (189)

52 husserl\$.tw. (216)

53 foucault\$.tw. (742)

54 (corbin\$ adj2 strauss\$.tw. (269)

55 glaser\$.tw. (908)

56 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32  
or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or  
50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 (2004821)

57 15 and 56 (773)

\*\*\*\*\*



**Database: Embase <1980 to 2018 Week 25>**

Search Strategy: **23.06.2018**

---

- 1 exp resuscitation/ (99710)
- 2 (cpr or cardiopulmonary resuscitation\* or cardio-pulmonary resuscitation\* or mouth to mouth resuscitation).tw,kw. (29230)
- 3 1 or 2 (107601)
- 4 family centered care/ (1479)
- 5 family/ (88379)
- 6 exp relative/ (267446)
- 7 (fwr or fpdr).tw,kw. (188)
- 8 (family or families or relative\* or next-of-kin or next of kin or parent\* or mother\* or father\* or adult child\* or son or sons or daughter\* or sibling\* or sister\* or brother\*).tw,kw. (3055716)
- 9 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (3125563)
- 10 3 and 9 (11177)
- 11 exp health care personnel/ (1319910)
- 12 exp hospital personnel/ (95003)
- 13 social worker/ (8580)
- 14 exp nurse practitioner/ (22795)
- 15 exp physician/ (620331)
- 16 (health care provider\* or health care practitioner\* or health personnel or Health Professional\* or health care worker\* or nurse\* or physician\* or doctor\* or personnel or staff or surgeon\* or social worker\*).tw,kw. (1339676)
- 17 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 (2094031)
- 18 10 and 17 (3548)
- 19 exp qualitative research/ (54160)
- 20 exp interview/ (229892)
- 21 case study/ (55025)
- 22 exp qualitative analysis/ (50436)

- 23 grounded theory/ (5058)
- 24 ethnographic research/ (766)
- 25 hermeneutics/ (252)
- 26 phenomenology/ (9268)
- 27 thematic analysis/ (8975)
- 28 (theme\$ or thematic).mp. (103836)
- 29 qualitative.af. (255611)
- 30 Nursing Methodology Research/ (14531)
- 31 questionnaire\$.mp. (795024)
- 32 ethnological research.mp. (8)
- 33 ethnograph\$.mp. (10560)
- 34 ethnonursing.af. (107)
- 35 phenomenol\$.af. (27549)
- 36 (grounded adj (theor\$ or study or studies or research or analys?s)).af. (12141)
- 37 (life stor\$ or women\* stor\$).mp. (1437)
- 38 (emic or etic or hermeneutic\$ or heuristic\$ or semiotic\$).af. or (data adj1 saturat\$).tw. or participant observ\$.tw. (22430)
- 39 (social construct\$ or (postmodern\$ or post-structural\$) or (post structural\$ or poststructural\$) or post modern\$ or post-modern\$ or feminis\$ or interpret\$).mp. (421917)
- 40 (action research or cooperative inquir\$ or co operative inquir\$ or co-operative inquir\$).mp. (4439)
- 41 (humanistic or existential or experiential or paradigm\$).mp. (163814)
- 42 (field adj (study or studies or research)).tw. (16249)
- 43 human science.tw. (275)
- 44 biographical method.tw. (20)
- 45 theoretical sampl\$.af. (777)
- 46 ((purpos\$ adj4 sampl\$) or (focus adj group\$)).af. (58816)
- 47 (account or accounts or unstructured or openended or open ended or text\$ or narrative\$).mp. (631689)

- 48 (life world or life-world or conversation analys?s or personal experience\$ or theoretical saturation).mp. (42503)
- 49 ((lived or life) adj experience\$).mp. (11426)
- 50 cluster sampl\$.mp. (7605)
- 51 observational method\$.af. (2073)
- 52 content analysis.af. (26137)
- 53 (constant adj (comparative or comparison)).af. (4624)
- 54 ((discourse\$ or discours\$) adj3 analys?s).tw. (2065)
- 55 narrative analys?s.af. (1152)
- 56 heidegger\$.tw. (677)
- 57 colaizzi\$.tw. (613)
- 58 spiegelberg\$.tw. (99)
- 59 (van adj manen\$).tw. (372)
- 60 (van adj kaam\$).tw. (38)
- 61 (merleau adj ponty\$).tw. (202)
- 62 husserl\$.tw. (277)
- 63 foucault\$.tw. (763)
- 64 (corbin\$ adj2 strauss\$).tw. (298)
- 65 glaser\$.tw. (863)
- 66 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 (2431071)
- 67 18 and 66 (1007)

\*\*\*\*\*

**Database: PsycINFO <1987 to June Week 1 2018>**

Search Strategy: **14.06.2018**

- 
- 1 exp CPR/ (299)
  - 2 (cpr or resuscitation\* or cardiopulmonary resuscitation\* or cardio-pulmonary resuscitation\* or mouth to mouth resuscitation).mp. (1624)
  - 3 1 or 2 (1624)
  - 4 exp FAMILY/ (43961)
  - 5 exp Family Members/ (115983)
  - 6 exp Significant Others/ (1284)
  - 7 (family or families or relative\* or next-of-kin or next of kin or parent\* or mother\* or father\* or adult child\* or son or sons or daughter\* or sibling\* or sister\* or brother\*).mp. (700111)
  - 8 (fwr or fpdr).mp. (30)
  - 9 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (711571)
  - 10 3 and 9 (493)

\*\*\*\*\*

**SveMed+ 20.06.2018**

<b>Söksträng</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Tid</b>
1 <a href="#">exp:"Resuscitation"</a>	882	2018-06-20 15:48:56
2 <a href="#">cpr</a>	377	2018-06-20 15:49:10
3 <a href="#">cardiopulmonary resuscitation*</a>	380	2018-06-20 15:49:28
4 <a href="#">mouth to mouth resuscitation*</a>	2	2018-06-20 15:49:47
5 <a href="#">#1 OR #2 OR #3 OR #4</a>	885	2018-06-20 15:50:43
6 <a href="#">exp:"Family"</a>	3933	2018-06-20 15:51:09
7 <a href="#">relative</a>	11634	2018-06-20 15:51:34
8 <a href="#">"next-of-kin"</a>	31	2018-06-20 15:52:06
9 <a href="#">families</a>	8060	2018-06-20 15:54:00
10 <a href="#">family</a>	8060	2018-06-20 15:54:12
11 <a href="#">"next of kin"</a>	31	2018-06-20 15:54:46
12 <a href="#">parent</a>	2062	2018-06-20 15:55:27
13 <a href="#">mother</a>	678	2018-06-20 15:55:47
14 <a href="#">father</a>	214	2018-06-20 15:55:54
15 <a href="#">adult child</a>	4106	2018-06-20 15:56:19
16 <a href="#">son</a>	1889	2018-06-20 15:56:39
17 <a href="#">sons</a>	1889	2018-06-20 15:56:45
18 <a href="#">daughter*</a>	15	2018-06-20 15:57:18

19 <a href="#">sibling*</a>	88	2018-06-20 15:57:43
20 <a href="#">sister*</a>	23	2018-06-20 15:58:04
21 <a href="#">brother*</a>	17	2018-06-20 15:58:12
22 <a href="#">#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21</a>	20446	2018-06-20 15:58:47
23 <a href="#">#5 AND #22</a>	104	2018-06-20 15:59:17

## CINAHL 20.06.2018

Search ID#	Search Terms	Treff
S1	(MH "Resuscitation+")	39,053
S2	cpr or cardiopulmonary resuscitation* or cardio-pulmonary resuscitation* or mouth to mouth resuscitation*	15,312
S3	S1 OR S2	41,928
S4	(MH "Family+")	193,228
S5	(MH "Family Centered Care+")	6,714
S6	fpdr or fwr	81
S7	family or families or relative* or next-of-kin or next of kin or parent* or mother* or father* or adult child* or son or sons or daughter* or sibling* or sister* or brother*	624,97
S8	S4 OR S5 OR S6 OR S7	646,345
S9	S3 AND S8	4,868
S10	(MH "Health Personnel+")	480,144
S11	(MH "Nurses+")	197300
S12	(MH "Physicians+")	95,138
S13	(MH "Social Workers")	7374
S14	(MH "Professional-Family Relations")	14,463
S15	(MH "Attitude of Health Personnel+")	81,619
S16	health care provider* or health care practitioner* or health personnel or Health Professional* or health care worker* or nurse* or physician* or doctor* or personnel or staff or surgeon* or social worker*	920,818
S17	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	1,058,849
S18	S9 AND S17	1992
S19	(MH "Interviews+")	193015
S20	(MH "Audiorecording")	39978
S21	(MH "Grounded Theory")	14066
S22	(MH "Qualitative Studies")	94479
S23	(MH "Research, Nursing")	19802
S24	(MH "Questionnaires+")	347385
S25	(MH "Focus Groups")	37508
S26	(MH "Discourse Analysis")	4165
S27	(MH "Content Analysis")	30155
S28	(MH "Ethnographic Research")	7063
S29	(MH "Ethnological Research")	5877
S30	(MH "Ethnonursing Research")	198
S31	(MH "Constant Comparative Method")	6848
S32	(MH "Qualitative Validity+")	1501

S33	(MH "Purposive Sample")	26472
S34	(MH "Observational Methods+")	20012
S35	(MH "Field Studies")	2891
S36	(MH "Theoretical Sample")	1596
S37	(MH "Phenomenology")	3149
S38	(MH "Phenomenological Research")	13847
S39	(MH "Life Experiences+")	31991
S40	(MH "Cluster Sample+")	4282
S41	Ethnonursing	280
S42	ethnograph*	10874
S43	phenomenol*	20354
S44	interview*	271,455
S45	grounded N1 theor*	16508
S46	grounded N1 study	1822
S47	grounded N1 studies	1822
S48	grounded N1 research	363
S49	grounded N1 analys?s	561
S50	life stor*	1703
S51	women's stor*	1080
S52	emic or etic or hermeneutic\$ or heuristic\$ or semiotic\$	5270
S53	data N1 saturat*	663
S54	participant observ*	11748
S55	social construct* or postmodern* or post-structural* or post structural* or poststructural* or post modern* or post-modern* or feminis* or interpret*	89632
S56	action research or cooperative inquir* or co operative inquir* or co-operative inquir*	8760
S57	humanistic or existential or experiential or paradigm*	33667
S58	field N1 stud*	5426
S59	field N1 research	1950
S60	human science	1675
S61	biographical methods	65
S62	theoretical sampl*	2209
S63	purpos* N4 sampl*	29877
S64	focus N1 group*	44026
S65	account or accounts or unstructured or openended or open ended or text* or narrative*	134,992
S66	life world or life-world or conversation analys?s or personal experience* or theoretical saturation	10010
S67	lived experience*	6488
S68	life experience*	28757
S69	theme* or thematic	89813
S70	observational method*	22032
S71	questionnaire*	411079
S72	content analysis	37536
S73	discourse* N3 analys?s	4803
S74	discurs* N3 analys?s	248
S75	constant N1 comparative	7922
S76	constant N1 comparison	1171
S77	narrative analysis	2650
S78	Heidegger*	780

S79	Colaizzi*	781
S80	Spiegelberg*	32
S81	van N1 manen*	628
S82	van N1 kaam*	68
S83	merleau N1 ponty*	155
S84	husserl*	211
S85	Foucault*	613
S86	Corbin* N2 strauss*	338
S87	strauss* N2 corbin*	338
S88	glaser*	499
S89	S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55 OR S56 OR S57 OR S58 OR S59 OR S60 OR S61 OR S62 OR S63 OR S64 OR S65 OR S66 OR S67 OR S68 OR S69 OR S70 OR S71 OR S72 OR S73 OR S74 OR S75 OR S76 OR S77 OR S78 OR S79 OR S80 OR S81 OR S82 OR S83 OR S84 OR S85 OR S86 OR S87 OR S88	923,78
S90	S18 AND S89	719

## Vedlegg IV – Liste over studier som er ekskludert med begrunnelse

Liste over studier lest i fulltekst -med begrunnelse for eksklusjon

- 1. Boschini, D. J. 2007:** Family presence during CPR: an exploration of ed nurses' attitudes  
Kun abstract tilgjengelig. Har tatt kontakt med biblioteket på Høgskolen Vestlandet og fått tilgang til abstractet. Ifølge biblioteket er det bare et abstract, ikke en studie.
- 2. Duran et al. 2007:** Attitudes toward and beliefs about family presence: A survey of healthcare providers, patients' families, and patients  
Spørreundersøkelse hvor det var åpne spørsmål til slutt. Det var vanskelig å finne ut om de som svarte med åpne spørsmål selv hadde opplevd å ha pårørende tilstede ved hjerte-lunge-redning.
- 3. Ellison, 2003:** Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures  
Spørreundersøkelse med 6 åpne spørsmål til slutt. Det var vanskelig å finne ut om de som svarte med åpne spørsmål selv hadde opplevd å ha pårørende tilstede ved hjerte-lunge-redning.
- 4. Goodenough et al. 2003:** Witnessed resuscitation--exploring the attitudes and practices of the emergency staff working in level I emergency departments in the province of KwaZulu-Natal  
Studien besvarer helsepersonells holdninger til å ha pårørende tilstede ved hjerte-lunge-redning. Kun en av deltagerne har opplevd fenomenet.
- 5. Knott et al. 2005:** Nurses' beliefs about family presence during resuscitation  
Studien har inkludert helsepersonell som har hatt pårørende tilstede ved hjerte-lunge-redning av både voksne, barn og nyfødte. Kan ikke skille i resultatene hvilke som bare har hatt pårørende tilstede når voksne gjenopplives.
- 6. Koberich et al. 2010:** Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses



Spørreundersøkelse med åpne spørsmål til slutt. Det er vanskelig også i denne studien å skille i svarene mellom hvem som bare har oppfatninger om fenomenet og hvem som virkelig har opplevd å ha pårørende tilstede

**7. Lowry, 2008:** Family presence during resuscitation

Dette er en ph.d. avhandling som inneholder samme studie som Lowry (2012): "It's Just What We Do": A Qualitative Study of Emergency Nurses Working with Well-Established Family Presence Protocol. Artikkelen fra 2012 er inkludert i metasyntesen.

**8. MacLean et al. 2003:** Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses

Feil studiedesign og feil forskningsspørsmål

**9. Masquelier et al. 2015:** Family presence during resuscitation: Perspective of family members and emergency care providers

Kun abstract som er presentert på en konferanse

**10. Meyers et al. 2000:** Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses, and physicians

Spørreundersøkelse med åpne spørsmål til slutt. Vanskelig å skille kvantitative data fra kvalitative i resultatdelen.

**11. Miller mfl. 2009:** Family presence during resuscitation and invasive procedures: The nurse experience

Studien har inkludert helsepersonell som har hatt pårørende tilstede ved hjerte-lunge-redning av både voksne, barn og nyfødte. Kan ikke skille i resultatene hvilke informanter som har hatt pårørende tilstede når voksne gjenopplives.

**12. Oman et al. 2010:** Health care providers evaluation of family presence during resuscitation

Spørreundersøkelse med åpne spørsmål til slutt. For lite kvalitative data presentert i artikkelen.

**13. Redley et al. 1996:** Staff attitudes towards family presence during resuscitation

Feil studiedesign

**14. Tiscar-Gonzalez et al. 2018:** Presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation: Perspectives of health professionals, patients and family in the Basque Country

Studien er spansk, det foreligger ikke en engelsk versjon.

**15. Sak-Dankosky et al. 2017:** Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical

Feil forskningsspørsmål.



## Vedlegg VI - Matrise over analyseprosess

Tabell 12 Matrise over analyseprosess: Helsepersonells opplevelser av nytteverdi og ulemper for pårørende

Monks (2014)	Walker (2013)	Lowry (2012)	McClement (2009)	Hassankhani (2017a)	Hassankhani (2017b)	Glück (2014)	Firns (2017)	James (2011)	Chapman (2013)	Min oversettelse
	1) Å være tilstede ved gjenoppliving hjelper pårørende å innse alvoret i situasjonen 2) får se at alt er gjort 3) forberede seg på døden	1) Pårørende ser at pasientens tilstand endrer/ utvikler seg. "a sense of reality" de har en ide om hva som foregår. 2) Ser at alt er gjort. Ser innsatsen som helsepersonell gjør.	1) Å se det med egne øyne 2) Være tilstede for å si farvel	Økt tillit til teamet. Ser at alt er gjort.		1) Hjelper dem å akseptere døden lettere og starte sorgprosessen 2) Ser at alt er gjort. Pårørende setter pris på helsepersonelllets innsats 3) Mulighet for å kunne ta farvel			1) Hjelper pårørende å starte sorgprosessen 2) Ser at alt er blitt gjort	Å se at alt er blitt gjort og være tilstede for å ta farvel
	Bekymring for at pårørende sitter igjen med et negativt bilde etter å ha blitt eksponert for brutale scener i gjenopplivingsforsøke. Personlig lidelse	Mulighet for skadelig virkning på pårørende	1) Å være tilstede og se på gjenoppliving kan potensielt gi psykologisk traume. 2) Fysisk skade på pårørende	Kan gi et negativt mentalt bilde i etterkant og kan forårsake posttraumatisk stress						Bekymring for negative ettervirkninger hos pårørende
	Respekt for pårørende: gir nyttig informasjon og gir trøst og trygghet til pasienten.	Pårørende som et teammedlem. Pårørende er fysisk tilstede og støtter pasienten ved å holde hender.	Støttende nærvær. Gir trøst gjennom å berøre pasienten, snakke til han	Sammarbeider med hjerte-stansteamet			Gir og får viktig informasjon fra pårørende/helsepersonell		Gir viktig informasjon til helsepersonell	Pårørende som ressurs for helsepersonell og pasienten