

Upplevelsen av att ha överlevt ett hjärtstopp

De drabbades och närståendes perspektiv

Jonas Eriksson
Linnéa Hansen

**Sjuksköterska
2018**

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap



Upplevelsen av att ha överlevt ett hjärtstopp - De drabbades
och närståendes perspektiv

The Experience of Surviving Cardiac Arrest - The
Perspectives of Survivors and Their Relatives

Jonas Eriksson & Linnéa Hansen

Kurs: O0009H, Examensarbete
Termin 6
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Handledare: Daniel Zotterman

Upplevelsen av att ha överlevt hjärtstopp - De drabbades och närståendes perspektiv

Jonas Eriksson

Linnéa Hansen

Avdelningen för omvårdnad

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå tekniska universitet

Abstrakt

Hjärtstopp innebär en stor förändring i livet och medför många frågor och funderingar för de drabbade och de närstående. Syftet med denna litteraturstudie var därför att beskriva upplevelsen av att ha överlevt ett hjärtstopp ur de drabbades och deras närståendes perspektiv. I analysen ingick nio vetenskapliga studier som analyserades med metoden kvalitativ innehållsanalys med en manifest ansats. Resultatet av litteraturstudien presenteras sedan i fyra kategorier som skapats utifrån analysen; Den första tiden är svår, Upplevelser av vården, Kroppen och sinnet begränsar, samt Händelsen väcker existentiella frågor. I resultatet framkom att sociala relationer och mötet med vården var av stor betydelse för känslor och upplevelser av tiden efter hjärtstoppet. Det framkom också att de drabbade efter hjärtstoppet fick fysiska och kognitiva svårigheter och de svåraste att acceptera var minnessvårigheterna. Hjärtstoppet väckte också många existentiella frågor, tankar om framtiden och hopp om en god framtid. Ett hjärtstopp påverkar inte bara de som drabbats utan även de närstående påverkas i hög grad, därför kan det också behövas mer forskning på området eftersom det finns begränsat antal vetenskapliga studier inom ämnet. Det framkom även att det finns utvecklingspotential gällande det stöd och informationsunderlag som idag används.

Nyckelord: hjärtstopp, upplevelse, drabbade, närstående, kvalitativ innehållsanalys, litteraturstudie, omvårdnad.

Att plötsligt drabbas av allvarlig sjukdom, så som hjärtstopp, innebär ofta en stor påfrestning i livet (Faircloth, Boylstein, Rittman & Gubrium, 2005). Den som drabbats kan uppleva depression, ångest eller liknande negativa fenomen (Naber & Bullinger, 2018). Allvarlig sjukdom medför också nedsatt livskvalitet (SBU, 2018). År 2016 var plötsligt och oväntat hjärtstopp tillsammans med övriga hjärt- och kärlsjukdomar en av de vanligaste dödsorsakerna i Sverige (Socialstyrelsen, 2017). Under 2016 inrapporterades totalt 7 934 fall av hjärtstopp där hjärt-lungräddning påbörjats, på och utanför sjukhus, och av dessa överlevde 1 317 personer (Svenska Hjärt-Lungräddningsregistret, 2017). Enligt Hwang, Liao & Huang (2014) påverkar psykologiska upplevelser, så som depression, efter hjärtstoppet livskvaliteten. Den överlevandes liv och livskvalitet påverkas även mycket av de fysiska symtom som kan upplevas efter hjärtstopp.

Kunskap om hjärtstopp och dess bakomliggande orsaker är viktiga för att sjuksköterskan skall kunna ge råd eller vidta åtgärder som minskar risken för att en person ska drabbas av ett hjärtstopp. Det finns ett flertal riskfaktorer som är förknippade med plötslig hjärtdöd, exempelvis förhöjda blodfetter (Thorgeirsson, Sigvaldson & Witteman, 2005), rökning, högt blodtryck och diabetes mellitus (El-Atat, McFarlane, Sowers & Bigger, 2004; Jouven et al., 2005). Hjärtstopp innebär att hjärtmuskelnns förmåga att pumpa ut blod i cirkulationssystemet upphör. Detta kan dels bero på att hjärtmuskulaturens sammandragningar inte sker koordinerat, dels på att sammandragningarna sker för snabbt eller långsamt för att vara effektiva (Hjärt-lungfonden, 2017). Hjärtstopp kan bero på olika saker, allt från bakomliggande sjukdom till yttre trauma, kraftig blödning och läkemedelsförgiftning (Svenska rådet för HLR, 2018).

För de personer som överlevt ett hjärtstopp är det viktigt att kontrollera riskfaktorer för fortsatt hälsa och överlevnad (Norris, 1998) och preventiva åtgärder är av stor betydelse (Haskell, 2003). I sjuksköterskans ansvarsområden ingår omvårdnad men även medicinska kunskaper. Gällande hjärtstopp på sjukhus beskrivs det i artikeln av Spearpoint (2008) att det är som sjuksköterska viktigt att kunna observera, bedöma och identifiera patientens kliniska tillstånd just för att arbeta patientsäkert. Då hjärtats funktion sviktar visar det sig ofta genom förändringar i andra funktioner i kroppen, därför observerar sjuksköterskan bland annat andning, cirkulation, medvetandegrad och elimination för att göra en klinisk bedömning av patientens tillstånd. En legitimerad sjuksköterska skall även kunna utföra basal hjärt- och lungräddning (HLR) och kunna använda en defibrillator. Det finns olika sorters HLR och

avancerad hjärt- och lungräddning (A-HLR) får endast utföras av legitimerad sjuksköterska och läkare då det kräver utökad kunskap (Spearpoint, 2008). För största möjliga chans att överleva finns det internationella och nationella riktlinjer som rekommenderar att HLR påbörjas inom en minut och att hjärtstartare startas inom fem minuter (Soar et al., 2015).

Enligt Guyatt (1993) är livskvalitet ett mycket stort begrepp som berör många olika faktorer av en persons liv, till exempel "inkomst, frihet och miljökvalitet", och alla upplevelser kan på något sätt påverka en persons livskvalitet. Han menar även att begreppets gränser beror på i vilket syfte som det undersöks och förordar därför ett fokus på hälsorelaterad livskvalitet då inkomst, frihet eller miljökvalitet ofta är långt borta ur ett hälso- eller sjukvårdsperspektiv. Enligt SBU (2018) finns en uppsjö av verktyg för att mäta just hälsorelaterad livskvalitet och deras sammansättning är mycket olika beroende på mätningens syfte, inom detta område ryms verktyg för att studera till exempel hälsoekonomi eller folkhälsa. Svensk sjuksköterskeförening (2014) menar dock att hälsa i samband med omvårdnad, som är sjuksköterskans ansvarsområde, ska ses som ett vidare begrepp där även upplevelser av fattigdom eller avsaknad av sociala relationer är av betydelse.

Världshälsoorganisationens, WHO (World Health Organization, 2018) definition av livskvalitet fokuserar på hur individen upplever sin position i livet i förhållande till den kultur och det värdesystem som den lever i samt hur detta relaterar till mål, förväntningar, moral och oro hos denne. Man anser även att det komplexa samspelet mellan fysisk och psykisk hälsa samt sociala relationer bidrar till dess breda definition. Även Lindskog och Andréns-Sandberg (2014) beskriver livskvalitet som beroende på individens upplevelser av olika faktorer i livet och hur de kan relateras till en persons omgivning, relationer eller förväntningar. De beskriver vidare att en gemensam uppfattning om dessa faktorer och dess definition saknas. Av WHO:s definition av livskvalitet och Svensk sjuksköterskeförenings definition av hälsa förstås att dessa upplevelser är starkt knutna till varandra.

För personer som överlevt ett hjärtstopp är det viktigt att den vård som ges bygger på förståelse och kunskap om olika krisreaktioner, detta för att kunna tillgodose de behov som den drabbade personen har (Van Horn, 2002). Ett centralt begrepp är även otrygghet, något som innefattar oro, osäkerhet, frustration, rädsla, obalans, nervositet och att sakna en plats i tillvaron. Vårdpersonal eller närstående kan bidra till goda förutsättningar för att skapa upplevelser av trygghet och att förebygga otrygghet (Carlsson, 2005). Oro och oroliga tankar

som kan uppstå kan påverka nattsömnen vilket i sin tur påverkar livskvaliteten. Oro och känslor av ångest kan handla om rädsla för att behöva lida, för döendet, för att förlora integritet och bli beroende av andra och en rädsla för framtiden (Karlsson, Milberg & Strang, 2012).

Det har visats att hos närstående till någon som drabbats av hjärtstopp är graden av oro och depression i regel högre än hos patienten själv och de närstående tenderar även att se en försämrad familjefunktion (Dougherty et al., 2016). För personer som är svårt sjuka och i behov av vård är det även viktigt med stöd till närstående. Stödet för de närstående kan under vårdtiden variera och skilja sig från person till person. Det är vanligt förekommande att närstående inte pratar och påpekar sitt egna behov av stöd då de inte vill flytta uppmärksamheten från den sjuke närstående. Som sjuksköterska är det då viktigt att se de närstående och se den unika situationen de befinner sig i (Grande, Todd & Barclay, 1997; Soothill et al., 2003).

Genom ökad kunskap om ämnet kan vi som sjuksköterskor ge bättre vård till patienter och kunna stödja och främja hälsa enligt individuella önskemål och behov (Forslund, 2014, s. 61). Vi tror att personer som överlevt hjärtstopp kan påträffas på många olika ställen inom sjukvården. Inom sjukvården kan personer som överlevt hjärtstopp både vara patienter eller närstående och befinna sig inom slutenvård eller öppenvård. Svensk sjuksköterskeförening (2016) nämner bland annat att den drabbade personens upplevelse av ohälsa är minst lika viktig som det professionella perspektivet för att den vård som ges ska vara personcentrerad. Vi tror därför att ökad kunskap om det dagliga livet efter ett hjärtstopp kan ge ökad förståelse och kunskap om den drabbades och närståendes perspektiv och därmed bidra till en bättre personcentrerad vård.

Syftet med litteraturstudien var därför att beskriva upplevelsen av att ha överlevt ett hjärtstopp ur de drabbades och deras närståendes perspektiv.

Metod

För att utforska och förstå människors upplevelser av fenomen bör en kvalitativ forskningsmetod användas (Holloway & Wheeler, 2010, s. 11). Kvalitativ innehållsanalys har som syfte att studera och analysera skriven, verbal eller visuell kommunikation och intervju, att beskriva kvalitativa data. En manifest ansats är lämpligt då det är den uppenbara

meningen, så som det uttrycks i texten, som skall finnas utan att någon djupare tolkning görs i analysarbetet (Graneheim & Lundman, 2004).

Litteratursökning

Litteratursökning utfördes i de två databaserna Cinahl och Pubmed för att få en tillfredsställande omfattning (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016, s. 79). För att undvika dubbelarbete filtrerades sökresultat som förekom i databasen Pubmed bort i databasen Cinahl med "Exclude MEDLINE records". Vid sökningen användes förutom fritext även databasernas ämnesord, detta ökar relevansen i sökresultatet (Willman et al, 2016, s. 69). För att hitta databasernas ämnesord användes "Svensk MeSH" för Pubmed och "Subject Headings" för Cinahl, när inga lämpliga ämnesord fanns för databasen användes fritext. Vid databassökning användes sökorden "Heart Arrest", "Quality of Life", "Life Change Events", experience, survival, surviv* och "Qualitative Research", se tabell 1 och 2. Vid databassökning i Cinahl användes inte sökordet för kvalitativ forskning (MM "Qualitative Studies+") då sökning i kombination med detta inte genererade några sökresultat. Sökorden kombinerades med de boolska sökoperatorerna "OR" för att bilda sökblock med närliggande sökord och "AND" för att kombinera dessa block, på så sätt kunde relevanta artiklar hittas (Willman et al., 2016, s. 72).

Därefter gjordes ett urval av artiklar baserat på ett antal inklusionskriterier. Dessa kriterier var artiklarnas överensstämmelse med litteraturstudiens syfte, att de var författade på engelska, att de var "peer reviewed" samt att de använt en kvalitativ metod. Sökresultatet från databaserna filtrerades inte på publiceringsdatum, därigenom fås ett större material att välja ut artiklar från. Risker med att inte göra en sådan filtrering är att det kan finnas artiklar som blivit inaktuella eller att materialet blir svårhanterligt på grund av sin storlek. Urvalet gjordes i tre steg, efter varje steg exkluderades de artiklar som uppenbart inte stämde överens med inklusionskriterierna. I det första steget lästes titel, därefter lästes abstrakt och slutligen lästes artikeln i sin helhet. De artiklar som i till slut valdes ut var publicerade mellan 2009 och 2018.

Tabell 1 Översikt litteratursökning

PubMed datum 2018-09-19			
Begränsningar: Inga begränsningar			
Söknr	Sökord	Antal träffar	Antal valda
S1	"Heart Arrest"[Mesh]	43339	
S2	"Quality of Life"[Mesh]	166350	
S3	"life change events"[Mesh]	21867	
S4	experience	585428	
S5	surviv*	1263835	
S6	"Qualitative Research"[Mesh]	41368	
S7	S2 OR S3 OR S4 OR S5	1943463	
S8	S1 AND S7 AND S6	39	7

Tabell 2 Översikt litteratursökning

Cinahl 2018-09-19			
Begränsningar: English language, peer reviewed, Exclude MEDLINE records.			
Söknr	Sökord	Antal träffar	Antal valda
S1	(MM "Heart Arrest+")	1 506	
S2	(MM "Quality of Life+")	8 932	
S3	(MM "Life Change Events+")	5 910	
S4	experience	67 962	
S5	(MM "Survival")	1 528	
S6	S2 OR S3 OR S4 OR S5	81 926	
S7	S1 AND S6	127	2

Kvalitetsgranskning

De artiklar som valdes ut kvalitetsgranskades i enlighet med SBU:s mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik avseende patientupplevelser (SBU, 2014). Granskningsprotokollet modifierades inte. Författarna granskade först enskilt de artiklar som valts ut för att sedan göra en gemensam sammanställning, olika bedömningar diskuterades tills dess att konsensus uppnåts. Antalet frågor i mallen som besvarades med "ja" jämfördes därefter med det totala antalet frågor. Artikelns kvalitet värderades sedan efter hur många procent av frågorna som besvarats med "ja", se tabell 3 (Willman, Stoltz &

Bahtsevani, 2006, s. 95-97). Artiklar som fick lägre än 60% "ja" exkluderades, artiklar mellan 60-70% bedömdes vara av låg kvalitet, artiklar mellan 70-80% av medel kvalitet och artiklar över 80% av hög kvalitet, se tabell 3 och tabell 4. Varje studie har beskrivits översiktligt gällande studietyp, deltagare, metod, huvudfynd och kvalitet, se tabell 4.

Tabell 3 Värdering av kvalitet

Mindre än 60% "ja"	Artikeln exkluderas
Mer än 60% och mindre än 70% "ja"	Artikelns kvalitet är låg
Mer än 70% och mindre än 80% "ja"	Artikelns kvalitet är medel
Mer än 80% "ja"	Artikelns kvalitet är hög

Tabell 4 Översikt över artiklar ingående i analysen (n=9)

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod	Huvudfynd	Kvalitet
Bremer, Dahlberg & Sandman (2009)	Kvalitativ	7 närstående deltog, 3 män och 4 kvinnor mellan 39 och 64 år.	Semistrukturerade intervjuer/Kvalitativ innehållsanalys	De närstående upplevde en känsla av överklighet, känslor av rädsla och en osäkerhet på framtiden. De upplevde både hopp och hopplöshet i situationen.	Hög
Brännström, Niederbach & Rödin (2018)	Kvalitativ	7 deltagare, 6 män och 1 kvinna mellan 29 och 79 år.	Semistrukturerade intervjuer/Kvalitativ innehållsanalys	Patienter strävar efter att fylla i minnesluckor. Jobbar med existentiella frågor och frågor om framtiden. Känner sig trygga och säkra med sjukvården och behandlingen. Är glada och uppskattar familjen.	Medel
Forslund, Jansson, Lundblad & Söderberg (2017)	Kvalitativ	11 deltagare, 9 män och 2 kvinnor mellan 25 och 74 år.	Semistrukturerade intervjuer/Fenomenologisk hermeneutisk metod	Personerna upplevde en strävan efter att återgå till det normala livet, till sin fulla kroppsfunction och vardagslivet. Att lära känna ett nytt jag. De upplevde att de fått en andra chans i livet och de försökte söka meningen med det som hänt.	Hög
Forslund, Zingmark, Jansson, Lundblad & Söderberg (2013)	Kvalitativ	11 deltagare, 9 män och 2 kvinnor mellan 25 och 74 år.	Semistrukturerade intervjuer/Fenomenologisk hermeneutisk metod	Personerna besvarades av att de hade minnesluckor och det var viktigt att försöka fylla i dessa minnesluckor. De upplevde lycka över att ha överlevt, men hade funderingar över varför de överlevt, de försökte söka efter förklaringar. De hade funderingar över hur livet skulle bli nu, vad skulle förändras och oro över framtiden.	Hög

Tabell 4 (forts.) *Översikt över artiklar ingående i analysen (n=9)*

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod	Huvudfynd	Kvalitet
Holm, Norekvål, Fållun & Gjengedal (2012)	Kvalitativ	9 närstående deltog, 8 kvinnor och 1 man mellan 20 och 70 år.	Semistrukturerade intervjuer/Fenomenologisk metod	De närstående upplevde rädsla, att de var i behov av ärlighet och information. Stöd och uppmärksamhet från familj och vänner upplevdes ibland som en börda och belastning, medan andra gånger som ett stöd. De upplevde osäkerhet inför att patienten skulle få komma hem.	Hög
Ketilsdottir A, Albertsdottir, Akadottir, Gunnarsdottir Jonsdottir (2014)	Kvalitativ	7 män deltog mellan 50 och 54 år.	Semistrukturerade intervjuer/Kvalitativ innehållsanalys	Personerna upplevde känslor av osäkerhet och ett behov av stöd. De hade en strävan efter att komma tillbaka till det tidigare livet innan hjärtstoppet, jobb och det dagliga livet. De ställdes inför emotionella utmaningar men upplevde att de fått en annan syn på livet.	Medel
Larsson, Wallin, Rubertsson & Kristoferzon (2013)	Kvalitativ	20 närstående deltog, 7 män och 13 kvinnor mellan 20 och 70 år.	Semistrukturerade intervjuer/Kvalitativ innehållsanalys	De närstående upplevde svårigheter att ta in vad som skett, de upplevde rädsla och osäkerhet. De upplevde att behovet av stöd och att få information var viktigt. Vården upplevdes som god och säker. De upplevde att de efter hjärtstoppet fått större ansvar för familjen och det personliga satts åt sidan. Osäkerhet och oro för framtiden.	Hög
Löf, Sandström & Engström (2010)	Kvalitativ	8 närstående deltog, 4 män och 4 kvinnor mellan 30 och 72 år.	Semistrukturerade intervjuer/Kvalitativ innehållsanalys	De närstående upplevde en drastisk förändring i livet, upplevde trygghet och stöd genom god sjukvård. De upplevde en ovisshet om framtiden och viss frustration över situationen och bristen på information.	Medel
Palacios-Ceña, Losa-Iglesias, Salvadores-Fuentes & Fernández-de-las-Peña (2011)	Kvalitativ	9 deltagare, 5 män och 4 kvinnor mellan 24 och 53 år.	Semistrukturerade intervjuer/Fenomenologisk metod	Personerna upplevde att de levde med en rädsla i det dagliga livet, men tacksamhet över att ha överlevt och såg nu det viktiga i vardagen. De upplevde även ensamhet och oro över framtiden och att inte veta när livet kan ta slut.	Medel

Analys

Den kvalitativa innehållsanalysen gjordes i flera steg (jmf Graneheim & Lundman, 2004).

Till en början valdes textenheter ut för analys, det rörde sig om ord, meningar eller paragrafer. Därefter översattes textenheterna och sedan utfördes kondensering av dessa i syfte att korta ner och att reducera innehållet men samtidigt behålla innebörden. Kondenseringen

fortsatte så långt det var möjligt i processen. Under detta arbete noterades varje textenhets ursprung så att det på ett enkelt sätt gick att gå tillbaka till den ursprungliga texten. Därmed var det möjligt att se denna i sitt sammanhang och på så sätt verifiera att dess innebörd inte gått förlorad.

Därefter kunde abstraktion göras, vilket innebar att skapa koder och kategorier. En kod är en etikett på en textenhet för att möjliggöra att tänka på textenheten på ett nytt och annorlunda sätt, men de bör förstås i förhållande till sammanhanget. De kondenserade textenheterna fördes sedan samman till kategorier. Enheter med liknande innehåll kan beskrivas som en kategori, däremot skall inga enheter kunna hamna mellan två kategorier och inte heller kunna passa in i två olika kategorier. Kategorierna som skapades namngavs med karaktäristiska ord och dess innehåll beskrevs i brödtext (jmf Graneheim & Lundman, 2004).

Resultat

Analysen resulterade i fyra kategorier som beskriver upplevelserna för de som drabbats av hjärtstopp och deras anhöriga, se tabell 5.

Tabell 5

Kategorier

Den första tiden är svår

Upplevelser av vården

Kroppen och sinnet begränsar

Händelsen väcker existentiella frågor

Den första tiden är svår

Då någon drabbats av plötsligt hjärtstopp är det en omvälvande upplevelse för de närstående. Enligt vad Löf et al. (2010) och Larsson et al. (2013) beskrev kunde mötet med den sjuke till en början resultera i svårigheter för de närstående att ta in det inträffade. I studier av Brännström et al. (2018), Forslund et al. (2017) och Löf et al. (2010) beskrev både de som drabbats och de närstående hur hjärtstoppet skedde plötsligt och utan att de kunnat förutse det. Enligt Bremer et al. (2009), Löf et al. (2010) och Holm et al. (2012) kände de närstående lättnad och tacksamhet då den sjuke trots allt var vid liv. I studierna av Holm et al. (2012) och Löf et al. (2010) framkom det att tiden då den sjuke ännu var medvetslös eller genomgick behandlingar präglades av ovisshet och föreställningar om att den sjuke såg död ut.

“It was almost like seeing a dead person. I have to say it was very traumatic. Hard to see him lie there cold...skin completely white or like blue...just that sight...I touched him on his forehead and I said something” (Löf et al., 2010, s. 1762)

Under tillfrisknandet upplevdes motstridiga känslor så som glädje över ett leende eller rädsla för hjärnskador om den sjuke var förvirrad (Holm et al., 2012). Närstående beskrev även att de behövde sätta det normala livet åt sidan och ta det egna lidandet i andra hand för att istället kunna prioritera den sjuke och dennes behov (Larsson et al., 2013; Bremer et al., 2009; & Löf et al., 2010).

Enligt Bremer et al. (2009) ville närstående skydda den sjuke från sådan stress eller oro som skulle kunna orsaka ytterligare hjärtstopp, utan att vara överbeskyddande. Enligt Larsson et al. (2013) och Holm et al. (2012) kunde detta röra sig om besök, undanhålla information eller att övervaka den sjuke. Däremot beskrev Ketilsdottir et al. (2014), Brännström et al. (2018), Holm et al. (2012) och Palacias-Ceña et al. (2011) att de sociala relationerna blev betydelsefulla för både den som drabbats av hjärtstopp och de närstående. Relationerna gav upphov till både upplevelser av stöd i en svår tid och medvetenhet om att relationerna kan ta slut om den sjuke skulle dö.

I studien av Holm et al. (2012) visade det sig att tillfrisknandet medförde både positiva och negativa känslor för de närstående, så som lättnad då den sjuke kände igen närstående och skuld över att kanske inte ha agerat helt rätt vid insjuknandet.

“And what... what I was most reluctant to do was... when you try to make contact, and... does he open his eyes? And what happens then? Does he recognize you? Do you get a smile, or just an unconscious response? (Silence) And when I got that smile... well, then... I was terribly happy (her eyes tearing up)” (Holm et al., 2012, s. 234)

Upplevelser av vården

I studier av Holm et al. (2012), Brännström et al. (2018), Larsson et al. (2013) och Löf et al. (2010) beskrivs det hur kontinuerlig och pålitlig information skapade en tillitsfull relation mellan de närstående och sjukvårdspersonalen. Enligt Brännström et al. (2018), Forslund et al. (2017), Forslund et al. (2013), Ketilsdottir et al. (2014), Palacios-Ceña et al. (2011) och

Larsson et al. (2013) fanns det funderingar kring hjärtstoppet, de som drabbats av hjärtstopp ville söka svar varför de drabbats och information om händelsen. Brännström et al. (2018) menar att de som drabbats av hjärtstopp i de flesta fall upplevde att de fick tillräckligt med information. Enligt Holm et al. (2012) upplevde närstående känslor av hopp då de fått lättförståelig och ärlig information. Enligt Löf et al. (2010), Forslund et al. (2017) och Palacios-Ceña et al. (2011) ledde obesvarade frågor till oro, både hos de som drabbats av hjärtstopp och de anhöriga. Larsson et al. (2013), Löf et al. (2010) och Bremer et al. (2009) beskriver hur de närstående upplevde att frågor förblev obesvarade då det inte alltid fanns enkla svar på frågorna som ställdes. I Bremer et al. (2009), Holm et al. (2012) och Löf et al. (2010) framkommer det också att de närstående ville få möjlighet till att ställa ytterligare frågor vid ett senare tillfälle.

Enligt vad Holm et al. (2012), Larsson et al. (2013) och Löf et al. (2010) beskriver förmedlade mötet med vården professionalitet och säkerhet till de närstående. Bremer et al. (2009) beskriver hur de närstående upplevde att deras behov uppmärksammades och att personalen visade medlidande. Larsson et al. (2013) förklarar hur de närstående kände att de var delaktiga i vården men kunde även uppleva att de ibland var i vägen för personalen i deras arbete. I studier av Löf et al. (2010) och Holm et al. (2012) beskrivs det att de närstående också kände trygghet och tilltro till personalen. Miljön upplevdes som lugn, säker och de närstående kände sig välkomna. Däremot beskriver Larsson et al. (2013) att några närstående upplevde miljön som skrämmande. I enlighet med vad Löf et al. (2010) och Holm et al. (2012) beskriver så kände de närstående tillit till den tekniska utrustningen och den ingav en känsla av säkerhet. Holm et al. (2012) beskriver att ibland upplevdes det som skrämmande när utrustningen gradvis plockades bort, vilket skapade rädsla hos de närstående.

“If I hadn’t seen those instruments and apparatus I would probably have guessed he was dead” (Löf et al., 2010, s. 1763)

I enlighet med vad Forslund et al. (2013), Brännström et al. (2018) och Palacios-Ceña et al. (2011) beskriver så var de som drabbats av hjärtstopp tacksamma över den vård de fått och upplevde att allt hade gjorts för dem. Ketilsdottir et al. (2014) beskriver att de kände sig trygga på sjukhuset och Brännström et al. (2018) beskriver att de hade goda relationer med

personalen. De drabbade upplevde ibland enligt studien skriven av Palacios-Ceña et al. (2011) att de inte blev tagna på allvar och att de hade ett behov av att få uppmärksamhet.

Kroppen och sinnet begränsar

Enligt Forslund et al. (2017) och Ketilsdottir et al. (2014) kunde hjärtstoppet och påföljande medicinering orsaka fysiska eller kognitiva förändringar och svårigheter för de som drabbats av hjärtstopp. Enligt Löf et al. (2010) var den svåraste förändringen det som rörde minnet. Minnesproblematiken ledde enligt studien av Forslund et al. (2017) till lättretlighet och skamkänslor.

“The greatest impact of this [the arrest] was that it destroyed my memory. I thought I had everything under control, but in fact nothing registered in my brain, as if it all went by really fast” (Ketilsdottir et al., 2014, s. 432)

I studier av Forslund et al. (2017) och Löf et al. (2010) orsakade fysiska symtom oro om inte symtomens ursprung var kända. Forslund et al. (2013) nämner att de drabbade upplevde att de behövde vänja sig vid livslång medicinering. Forslund et al. (2013), Forslund et al. (2017) och Ketilsdottir et al. (2014) beskriver hur synliga fysiska funktionsnedsättningar och påfrestningar från att träffa människor kunde orsaka skamkänslor, isolering och social ångest.

“It [my body] is not quite right; the motor is hacking, the right side limps, and then it’s the arm. I put it [my hand] in my pocket. I don’t know, but it’s a little embarrassing, when I’m out, people are watching, but perhaps I’m imagining” (Forslund et al., 2017, s. 882)

Enligt Forslund et al. (2013) och Forslund et al. (2017) kunde det vara en överraskning att begränsas av kroppens tillkortakommanden och att inte känna dess begränsningar kunde leda till oro. Detta fick de drabbade att testa kroppens förmåga, vilket ökade tilliten till den egna kroppen.

I studierna av Forslund et al. (2013), Forslund et al. (2017), Palacios-Ceña et al. (2011) och Larsson et al. (2013) beskrevs en längtan till den kroppsliga och kognitiva förmåga som fanns före hjärtstoppet. Det visade sig också att de som drabbats av hjärtstopp kunde uppleva oro och ilska då de inte kunde se på framtiden med tillförsikt. I Brännström et al. (2018),

Forslund et al. (2017) och Ketilsdottir et al. (2014) beskrivs det däremot att normala provresultat ingav en känsla av säkerhet.

Palacios-Ceña et al. (2011) beskriver att den förändrade kroppen kunde accepteras genom att släppa taget om det tidigare livet. De som drabbats av hjärtstopp kunde då möta det nya livet och de förändringar som sjukdomen bar med sig. Enligt Forslund et al. (2017), Ketilsdottir et al. (2010) och Brännström et al. (2018) blir det som är förändrat en del av livet och de drabbade kan utveckla olika strategier för att hantera följderna av sjukdomen. Sådana strategier kunde enligt Brännström et al. (2018) vara att motionera för att motverka brist på energi och enligt Forslund et al. (2017) att ha noggrann planering samt att-göra-listor.

Händelsen väcker existentiella frågor

I studier av Brännström et al. (2018), Palacios-Ceña et al. (2011), Forslund et al. (2013) och Ketilsdottir et al. (2014) beskrevs det att hjärtstoppet medförde att de drabbade blev medvetna om döden och sin egna dödlighet. Brännström et al. (2018), Ketilsdottir et al. (2014), Larsson et al. (2013), Löf et al. (2010) och Bremer et al. (2009) beskrev att alla hade existentiella funderingar. Brännström et al. (2018), Forslund et al. (2017) och Forslund et al. (2013) beskrev att vissa av de som drabbats av hjärtstopp inte var oroliga för döden medan Forslund et al. (2017) beskrev att andra upplevde rädslor inför den. Palacios-Ceña et al. (2011) beskrev att döden blev konkret och medförde medvetenhet om att livet kan ta slut när som helst. Forslund et al. (2017) och Forslund et al. (2013) beskrev att döden också upplevdes som en enkel väg att gå och att det var som att svimma. Palacios-Ceña et al. (2011) förklarade även hur de upplevde att de inte kunde prata om döden med sjukvårdspersonalen.

“You maybe...you know, I have never been that kind of person before, that I have thought about life, so to say. That you can disappear all of a sudden, and in no time you aren't here anymore” (Brännström et al., 2018, s. 36)

Forslund et al. (2013), Palacios-Ceña et al. (2011) och Ketilsdottir et al. (2014) beskriver att de drabbade bearbetade händelsen och erfarenheterna av hjärtstoppet på olika sätt. I studien av Forslund et al. (2013) står det att oron minskade med tiden. Enligt Brännström et al. (2018) hade de som drabbats av hjärtstopp ibland mardrömmar och tog inte glädjen i vardagen för given. Palacios-Ceña et al. (2011) beskriver hur oförmåga att dela händelsen medförde ensamhet, frustration och brist på gemenskap. Ketilsdottir et al. (2014) beskriver

hur de drabbade upplevde ett behov av att tillhöra en grupp för att kunna dela erfarenheter av hjärtstoppet med personer som upplevt liknande händelser. Ketilsdottir et al. (2014) beskriver också hur de hade behov av att prata om måendet och händelsen. Ibland hade de svårt att sätta ord på sin känslor och det var vanligt med allmän oro.

Larsson et al. (2013) beskriver att vissa behövde processa händelsen själva och Löf et al. (2010) beskriver hur andra stängde ute händelsen och inte tog in vad som hänt. Enligt både Bremer et al. (2009) och Holm et al. (2012) upplevde de närstående att de behövde prata om hjärtstoppet och händelsen. Bremer et al. (2009) beskriver också att några närstående upplevde ångest över att bli lämnade ensamma på sjukhussalen med den som drabbats av hjärtstoppet, vilket ökade lidandet i situationen.

Ketilsdottir et al. (2014) och Forslund et al. (2013) beskrev att de närstående och den som drabbats av hjärtstopp upplevde en svår tid närmast efter hemkomsten. I studier av Forslund et al. (2017), Holm et al. (2012), Larsson et al. (2013) och Löf et al. (2010) fanns det oro för hur det ska gå och vilka skador den drabbade skulle få.

I studier av Forslund et al. (2013), Löf et al. (2010) och Larsson et al. (2013) beskrevs det att de drabbade och deras närstående upplevde hopp om framtiden och att den drabbade skulle bli bättre. Det beskrevs även i Larsson et al. (2013) att det var vanligt med sömnstörningar hos de närstående. Brännström et al. (2018), Forslund et al. (2017), Forslund et al. (2013) och Palacios-Ceña et al. (2011) beskrev att det var vanligt förekommande att de som drabbats av hjärtstopp tog en dag i sänder och inte ville planera för framtiden. I studien av Ketilsdottir et al. (2014) beskrevs det att de också upplevde att de hade blivit mer osäkra efter hjärtstoppet.

“I really miss having peace of mind (...) to be spared the constant fear. Because I think that has been incredibly difficult. The fear of a relapse (...) Rather than being positive about the discharge and returning home” (Holm et al., 2012, s. 235)

De drabbade och deras närstående var rädda och oroliga för ytterligare hjärtstopp (Ketilsdottir et al., 2014; Forslund et al., 2013; Palacios-Ceña et al., 2011; Larsson et al., 2013; Holm et al., 2012; Bremer et al., 2009). I studier av Forslund et al. (2013) och Forslund et al. (2017) beskrevs att de som drabbats av hjärtstopp och de närstående ville förebygga ett nytt insjuknande.

Forslund et al. (2013) beskrev att några av de som drabbats av hjärtstopp upplevde glädje åt att ha överlevt och att livet återvände, medan några andra drabbade i studien av Ketilsdottir et al. (2014) enbart accepterade händelsen och inte upplevde glädje. I studien av Palacios-Ceña et al. (2011) och Forslund et al. (2013) beskrevs det att vissa upplevde skuld och rädsla över att ha överlevt och i studien av Brännström et al. (2018) beskrevs det att andra inte tog glädjen över att vara vid liv för given. I enlighet beskriver Forslund et al. (2013), Forslund et al. (2017) och Brännström et al. (2018) att de drabbade upplevde att de hade fått en andra chans då de överlevt hjärtstoppet.

”Well...suppose it is...it is probably mostly this, that it is not obvious that you should sort of...thus...that you should, what’s it called...get this... joy of life of having survived something like that (a CA). It was...it was sort of... very close ...and it...can go the other way around too (to die)” (Brännström et al., 2018, s. 36)

Brännström et al. (2018) och Forslund et al. (2013) beskriver hur de drabbade betraktade sig som hälsosamma men att det inte spelade någon roll utan att de drabbades ändå.

“I can’t help but ask: What did I do? Why did this happen to me? Should I have taken better care of myself? What is the meaning of it? It is hard for me to think that there is no cause, nothing to pin this [traumatic experience] to” (Palacios-Ceña et al., 2011, s. 152)

Diskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva upplevelsen av att ha överlevt hjärtstopp ur de drabbades och deras närståendes perspektiv.

I kategorin *Den första tiden är svår* framkom det att närstående upplevde mötet med den sjuke som svårt att förstå och att ovissheten kring den närmaste framtiden var svår att hantera. Enligt Morse (2001) teori om uthärdande och emotionellt lidande i svåra situationer pendlar den som lider mellan att uthärda, hålla tillbaka känslor för att kunna ta i itu med den svåra situationen, och att emotionellt lida, släppa fram känslor för att bearbeta det som hänt. De närståendes svårighet att ta in situationen kan således förstås utifrån Morse (2001) som ett sätt att uthärda och skydda sig mot möjligheten att den som drabbats av hjärtstopp är död. Hammer, Mogensen & Hall (2009) menar att hopp och hopplöshet går hand i hand, oavsett

om situationen för de närstående ser hopplös ut när de oroar sig för död eller hjärnskador så finns ändå hoppet där, vilket visar sig i de närståendes reaktion när den sjuke ler.

Verhaege, Defloor & Grypdonck (2005) beskriver hur närstående till de som drabbats av traumatiska hjärnskador hanterar den första chockartade tiden genom att komma närmare varandra och koncentrera all sin energi till den drabbade. Detta går att koppla till resultatet i vår litteraturstudie och kan förklara de närståendes beskrivning av hur de uthärdar situationen och lämnar hanteringen av de egna behoven för att kunna prioritera den sjukes behov. Det beskrivs också i Hammer et al. (2009) att hopp kan understödjas av meningsfulla relationer och att det finns ett behov av att känna sig värdefull och behövd, vilket även framkom i vår litteraturstudie där de drabbade och de närstående belyste vikten av goda sociala relationer. Haines (2018) menar att uppmuntran av närståendes delaktighet i vården ger möjlighet för dem att kanalisera sitt lidande till en meningsfull aktivitet.

I kategorin *Upplevelser av vården* framkom det hur mötet med vården påverkar både de drabbade och de närstående. Bemötandet och att få vara delaktig i vården som närstående visade sig ha en betydelsefull påverkan på deras upplevelse, något som Haines (2018) menar gör att de känner meningsfullhet och bidrar till förståelse av den situation de befinner sig i. Resultatet i denna litteraturstudie visade att tydlig och lättförståelig information bidrog till upplevelsen av trygghet hos den som drabbats av hjärtstopp och de närstående. Detta bekräftas av Hamrosi, Aslani och Raynor (2014) som beskriver hur många vill ha skriven information som ett komplement till den muntliga informationen och att broschyrer och information kan upplevas som tekniskt svåra och långa, vilket gör att kortare sammanfattningar efterfrågas. Det personcentrerade förhållningssättet i vården är därför av stor vikt (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). I en studie av Liljeroos, Ågren, Jaarsma och Strömberg (2014) visade det sig att osäkerheten minskade då både de drabbade och närstående fick ställa frågor, fick information och fick dela erfarenheter i grupp och med andra människor som upplevt liknande händelser. Möjligheten att träffas i grupp uppfattades som en möjlighet att få stöd och stödja andra i situationen och bearbetningen förklarar Liljeroos et al. (2014). Liljeroos et al. (2004) menar på att det är viktigt med kontinuerlig kontakt med vården och uppföljning från hälso- och sjukvårdens sida då den drabbade kommit hem.

I kategorin *Kroppen och sinnet begränsas* framkom det att minnessvårigheter var särskilt svåra att handskas med, något som stöds av Dougherty och Shavers (1995) studie där de beskriver att minnet var en av de mest drabbade funktionerna efter överlevt hjärtstopp. Enligt Ørbo et al. (2015) påverkar minnessvårigheter den hälsorelaterade livskvaliteten negativt då dess funktion är väsentlig för att kunna delta i sociala interaktioner och liknande aktiviteter. Det framkom även i vår litteraturstudie att olika fysiska och kognitiva svårigheter fick de som drabbats av hjärtstopp att känna skam och att isolera sig vilket stämmer överens med vad studien av Wachelder et al. (2009) beskriver. Enligt Wachelder et al. (2009) har de som överlevt hjärtstopp generellt sett ett lägre deltagande i samhället. Dougherty, Thompson och Lewis (2005) menar i sin studie av telefonuppföljning för personer med intern defibrillator att detta hade positiv effekt på denna typ av emotionella problem.

Det framkom även i vår litteraturstudie att de som överlevt hjärtstopp uttryckte en strävan efter att leva ett så normalt liv som möjligt trots sin sjukdom, något som också visas i Andersen, Øyen, Bjorvatn och Gjengedals (2008) studie av personer som lever med hjärtrytmstörningar som kan orsaka hjärtstopp. I sin strävan att leva ett så normalt liv som möjligt använde de som överlevt hjärtstopp olika strategier. Detta kan förstås som en del i att bygga en ny identitet då det kräver att den nya situationen accepterats för att kunna planera hur de problem som den medför ska lösas (Morse, 2001). Detta stöds även av Kim et al. (2017) som funnit att personer som överlevt hjärtstopp använder olika strategier för att kunna genomföra aktiviteter i det dagliga livet. De drabbades förändrade kropp och sinne medförde olika negativa upplevelser av jag och identitet. Upplevelserna förändrades beroende på hur de drabbade förhöll sig till och hanterade den nya identiteten med olika strategier. Något som stöds av Wiener och Dodds (1993) studie av coping och osäkerhet i sjukdomsförlopp visar att en förändrad kropp påverkar identiteten och att olika strategier används för att hantera detta. Enligt Morse (2001) kan ett känslomässigt lidandet så småningom gradvis ersättas av hopp om framtiden, detta gör att den lidande börjar planera och använda sig av strategier för att nå till den framtid som denne hoppas på. I vår litteraturstudie kan det förändrade förhållningssättet till den nya identiteten ses som ett exempel på en sådan strategi som används för att acceptera den nya identiteten och kunna se på framtiden med tillförsikt.

I kategorin *Händelsen väcker existentiella frågor* visar resultatet att de som drabbats av hjärtstopp ville ta vara på nuet och prioritera saker de upplevde som betydelsefulla. Detta bekräftas av Kamphuis et al. (2004) som beskrev hur personer som överlevt hjärtstopp och

fått en intern defibrillator fick en förändrad syn på livet och att de hade haft turen att överleva. De drabbade ville ta tillvara på varje stund, prioriterade saker som var av betydelse och försökte leva i nuet och lade mindre vikt på att planera framtiden. Enligt Morse (2001) har det också visats att då en svår händelse genomlidits leder det till att personen kan leva sitt liv mer fullt ut. I vår litteraturstudie framkom det också att bearbetningen av hjärtstoppet är individuell men de flesta upplevde det betydelsefullt att tillhöra en grupp för att kunna dela och diskutera gemensamma händelser. Detta kopplas till hur viktigt det är med det sociala stödet och att få bearbeta händelsen i grupp eller enskilt för en god tid efter hjärtstoppet. Detta bekräftas i studien av Murberg (2004) som visar på att brist i det sociala nätverket under en längre tid ökar mortaliteten hos personer med hjärtsvikt. Detta visas också i artikeln av Farmer och Meyer (1996) där det beskrivs att ett lågt socialt stöd efter en hjärtattack ledde till högre dödlighet och i enlighet med studien av Bucholz et al. (2011) står det att om en person lever ensam efter en hjärtinfarkt är det kopplat till lägre livskvalitet och högre mortalitet.

Det framkom i vår litteraturstudie att det var svårt att prata om ämnet döden med hälso- och sjukvårdspersonalen. Liknande beskrivs det i Marván, Oñate-Ocaña, Santillán-Doherty och Álvarez-del Río (2017) där de förklarade hur personalen upplevde svårigheter att starta en konversation och prata om döden med de drabbade, de tyckte också att det påverkade relationen med de drabbade och personalen undvek vid flera tillfällen att ta upp ämnet. Marván et al. (2017) menar vidare att sjuksköterskor kan behöva utveckla sina kommunikationsfärdigheter för att lättare kunna ta upp ämnet med patienter. Synen på döden är något annat som tas upp i kategorin där de som drabbats av hjärtstopp förklarar hur de fått en förändrad syn på döden, sin egna dödlighet, livet och framtiden. I artikeln av Kamphuis et al. (2004) bekräftas detta med att de drabbade inte längre uppfattar döden som ett hot eller något negativt.

Det framkom att de som drabbats av hjärtstopp sökte efter en förklaring till varför de drabbats och meningen med händelsen, detta beskrevs även i artikeln av Skaggs och Yates (2016) där personer som genomgått en perkutan koronarintervention också sökte efter meningen med händelsen. Liknande beskrivs det i artikeln av Baldacchino (2011) där personer som överlevt en myokardiell infarkt sökte efter meningen med händelsen där personens tidigare erfarenheter och goda familjerelationer visade sig var av stor betydelse i sökandet.

Interventioner

I studien av Newbold, Hardy och Byng (2013) beskrivs det hur betydelsen av att samtala i grupp med personer som upplevt liknande händelse är av mycket stor vikt för att kunna bearbeta händelsen och må bättre. Detta ses kunna överföras till sjukvården i dag för att på ett bra sätt kunna erbjuda metoder för att bearbeta händelsen, både för de som drabbats av hjärtstopp och de närstående. Gruppsamtal kan tänkas vara en modell som inte fungerar för alla personer, men möjligheten till att processa händelsen av ett hjärtstopp i grupp anses skall kunna erbjudas inom hälso- och sjukvården då det för många enligt Newbold et al. (2013) visats ge god effekt. Det har även beskrivits i artikeln av Haseba, Sakakima, Kubozono, Nakao och Ikeda (2016) att personer med kronisk hjärtsjukdom har visats må bättre då de består vid upprepade tillfällen i kombination med fysisk aktivitet. Lika så beskrivs det i artikeln av Dougherty, Glenny och Kudenchuk (2008) att personer som fått en defibrillator implanterad efter hjärtstopp har god effekt av fysisk aktivitet vilket minskade både oro och depression. Som sjuksköterska är det också viktigt att de olika stöd som finns tillgängliga för både de drabbade och närstående erbjuds och presenteras. Stöd som finns idag är exempelvis anpassad information, möjligheter till tolk och samtal med kuratorer. Det är även viktigt att kunna ta initiativ till samtal och olika stöd interventioner som kan utföras i grupp eller enskilt, via broschyrer, telefon eller information beskriver Soothill et al. (2003). Detta skulle kunna öka möjligheterna att ge vård på den enskildes villkor och på så sätt bidra till ett personcentrerat förhållningssätt i sjuksköterskans yrkesutövning, något som är viktigt för att kunna möta människan som en enhet och en hel människa (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

I studien av Shaw, Ibrahim, Reid, Ussher och Rowlands (2009) beskrivs det hur patienter upplevde att informationen som gavs från hälso- och sjukvården var svårförståelig och bristfällig. Lättförståelig information gällande varför hjärtstoppet inträffat men även mer existentiella frågor visade sig enligt denna litteraturstudie vara efterfrågat. Detta skulle kunna användas för att förbättra innehållet i och anpassning av den information som idag ges på inom vården så att vårdpersonal kan skraddarsy information efter de behov som de identifierar hos drabbade och närstående. Enligt Moulaert, Haastregt, Wade, van Heugten och Verbunt (2014) var telefonuppföljning, där bland annat information gavs om symtom efter hjärtstopp, en uppskattad intervention. Genom både tillräcklig och lättförståelig information skulle därför oron och stress hos både de drabbade och närstående troligtvis minska.

Metoddiskussion

För att uppnå trovärdighet i kvalitativa studier menar Holloway och Wheeler (2010) att dessa behöver baseras på metodologisk förnuftighet och lämplighet. De menar vidare att detta visas genom pålitlighet, tillförlitlighet, överförbarhet och bekräftelsebarhet.

Pålitlighet innebär att läsaren skall kunna följa studiens tillvägagångssätt och att processen är tydligt beskriven samt att den är reproducerbar (Holloway & Wheeler, 2010, s. 303). I denna kvalitativa innehållsanalys stärks pålitligheten då metod, tillvägagångssätt och litteraturanalys beskrivits, därmed går författarnas väg till studiens resultat att följa och utvärdera. Med hjälp av tabeller får läsaren en tydlig översikt över litteratursökningen och de utvalda artiklarna. Det går däremot inte att replikera studien exakt då andra forskare sannolikt kommer göra annorlunda urval eller analyser av de studier som är tillgängliga.

Tillförlitlighet innebär att studiens resultat ska vara förenligt med studiedeltagarnas egna uppfattning om det som studeras (Holloway & Wheeler, 2010, s. 303). I denna studie används citat från de studerade artiklarna för att stärka tillförlitligheten. Däremot är det ytterst svårt att vara helt oberoende som forskare i analysprocessen, vilket är en svaghet.

Överförbarhet innebär att studiens resultat ska kunna tillämpas i andra liknande populationer och sammanhang (Holloway & Wheeler, 2010, s. 303). I denna kvalitativa litteraturstudie ingick vetenskapliga artiklar från fyra olika västeuropeiska länder, urvalet begränsades inte med varken publiceringsår, kön eller ålder. Detta är faktorer som stärker överförbarheten till sådana liknande sammanhang.

Bekräftelsebarhet innebär att författarna har använt sig av korrekta data som stämmer överens med studiens syfte, inte tolkat resultatet och inte använt sina förutfattade meningar (Holloway & Wheeler, 2010, s. 303). I denna kvalitativa litteraturstudie har en manifest ansats använts vilket innebär att författarna arbetat textnära och gjort så få tolkningar som möjligt. Alla källor till studien har skrivits ut med referenser för att läsaren skall kunna finna dessa. Originaltexterna har följt med i hela den analytiska processen då kondenserade textenheter har märkts och på så vis kunnat spåras tillbaka till sitt sammanhang. Författarna har arbetat gemensamt med kategorisering av data för att undvika tolkningar utifrån förutfattade meningar och egna värderingar. De faktorer som kan tänkas sänka bekräftelsebarheten är att originaltexterna är på engelska och i författarnas arbete har svenska använts som gemensamt

språk. Då översättning av text gjorts i analysen kan detta ha medfört feltolkningar av det engelska originalet utan att det varit författarnas avsikt.

Slutsatser

Under den första tiden upplever de närstående mötet med den sjuke som svårt och fokuserar på den sjukas behov för att kunna uthärda och sätta de egna känslorna åt sidan, detta kan underlättas genom att uppmuntra de närståendes delaktighet i vården. Relationerna mellan drabbade, närstående och sjukvården är betydelsefulla och för den som drabbats är kontinuerlig kontakt och uppföljning från sjukvården särskilt uppskattat. För den som drabbats av hjärtstopp påverkas både kropp och sinne, minnessvårigheter och att behöva handskas med en ny identitet kan upplevas som särskilt betungande. Även här har kontinuerlig kontakt och uppföljning från vården en positiv effekt. Att överleva ett hjärtstopp ger upphov till många tankar och det finns ett behov av att bearbeta upplevelsen. Detta underlättas genom samtal med vårdpersonal och att få dela sin upplevelse med andra som har liknande erfarenheter.

Resultatets betydelse för klinisk praxis

Resultatet i denna litteraturstudie kan underlätta sjuksköterskans personcentrerade förhållningssätt i omvårdnaden av de som drabbats av hjärtstopp och deras närstående. Det ökar möjligheten att skapa en djupare förståelse för situationen, upplevelserna och hur händelsen kan bearbetas. Sjuksköterskan kan med hjälp av resultatet få ökad kunskap om vart hälso- och sjukvården brister, exempelvis gällande allt för svårförståelig information samt brist på samtal och diskussion av existentiella frågor. Denna kunskap kan användas för att förbättra dessa områden och därmed på ett bättre sätt tillgodose de behov och önskemål som de drabbade och närstående har. Sjuksköterskan kan även med hjälp av resultatet se vad som uppfattats som bra och tillförlitligt inom hälso- och sjukvården, exempelvis då det gäller ett professionellt arbetssätt, att sjuksköterskan ingav en känsla av trygghet och förmedlade stöd och empati.

Vidare forskning

Utifrån litteraturstudiens resultat ses många möjligheter till fortsatt forskning. Samtalets betydelse och bearbetningen av händelsen är ett intressant område där ytterligare kunskap kan ge stor effekt. Särskilt intressant är betydelsen av gruppsamtal för att bearbeta händelsen efter ett hjärtstopp både för de drabbade och de anhöriga och vilken typ av samtalskonstellationer

som har störst positiv effekt på bearbetningen. Vidare bör det studeras hur information kan presenteras på ett lättförståeligt sätt, både i det initiala skedet och senare då de drabbade lämnar sjukhuset, för de som drabbats av hjärtstopp och de närstående. Både interventions-, intervju- och litteraturstudier bör kunna ge sådan kunskap.

Referenser

Andersen, J., Øyen, N., Bjorvatn, C., & Gjengedal, E. (2008). Living with long QT syndrome: A qualitative study of coping with increased risk of sudden cardiac death. *Journal of Genetic Counseling, 17*(5), 489-498. doi:10.1007/s10897-008-9167-y

Baldacchino D. (2011). Myocardial infarction: A turning point in meaning in life over time. *British Journal of Nursing, 20*(2), 107–114.

Bremer, A., Dahlberg, K., & Sandman, L. (2009). To survive out-of-hospital cardiac arrest: A search for meaning and coherence. *Qualitative Health Research, 19*(3), 323-338. doi:10.1177/1049732309331866

Brännström, M., Niederbach, C., & Rödin, A. C. (2018). Experiences of surviving a cardiac arrest after therapeutic hypothermia treatment. An interview study. *International Emergency Nursing, 36*, 34-38. doi:10.1016/j.ienj.2017.09.003

Bucholz, E. M., Rathore, S. S., Gosch, K., Schoenfeld, A., Jones, P. G., Buchanan, D. M., ... Krumholz, H. M. (2011). Effect of living alone on patient outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology, 108*(7), 943–948.

Carlsson, Å. (2005). Internationality and the emotions. I Å. Carlsson (Red.), *Philisophical aspects of emotions*. Stockholm: Thales

Dougherty, C., Fairbanks, A., Eaton, L., Morrison, M., Kim, M., & Thompson, E. (2016). Comparison of patient and partner quality of life and health outcomes in the first year after an implantable cardioverter defibrillator (ICD). *Journal of Behavioral Medicine, 39*(1), 94-106. doi:10.1007/s10865.015-9671-0

Dougherty, C. M., Glenny, R., & Kudenchuk, P. J. (2008). Aerobic exercise improves fitness and heart rate variability after an implantable cardioverter defibrillator. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention, 28*(5), 307–311.

Dougherty, C. M., & Shaver, J. F. (1995). Psychophysiological responses after sudden cardiac arrest during hospitalization. *Applied Nursing Research, 8*(4), 160-168.

- Dougherty, C. M., Thompson, E. A., & Lewis, F. M. (2005). Long-Term outcomes of a telephone intervention after an ICD. *Pacing and clinical electrophysiology*, 28(11), 1157-1167. doi:10.1111/j.1540-8159.2005.09500.x
- El-Atat, F. A., McFarlane, S. I., Sowers, J. R., & Bigger, J. T. (2004). Sudden cardiac death in patients with diabetes. *Current Diabetes Reports*, 4(3), 187-193.
- Farmer, I. P., & Meyer, P. S. (1996). Higher levels of social support predict greater survival following acute myocardial infarction.. *Behavioral Medicine*, 22(2), 59.
- Faircloth, C., Boylstein, C., Rittman, M., & Gubrium, J. (2005). Constructing the stroke: Sudden-onset narratives of stroke survivors. *Qualitative Health Research*, 15(7), 928-941.
- Forslund, A. S. (2014). Att ha överlevt hjärtstopp utanför sjukhus. I S. Söderberg. (Red.), *Att leva med sjukdom*. (s. 61-69). Lund: Studentlitteratur.
- Forslund, A., Jansson, J., Lundblad, D., & Söderberg, S. (2017). A second chance at life: People's lived experiences of surviving out-of-hospital cardiac arrest. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 878-886. doi:10.1111/scs.12409
- Forslund, A. S., Zingmark, K., Jansson, J. H., Lundblad, D., & Söderberg, S. (2013). Meanings of people's lived experiences of surviving an out-of-hospital cardiac arrest, 1 month after the event. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(5), 464-71. doi: 10.1097/JCN.0b013e3182a08aed
- Grande, G. E., Todd, C. J., & Barclay, S. I. (1997). Support needs in the last year of life: Patient and carer dilemmas. *Palliative Medicine*, 11, 202-208.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105- 112.

Guyatt, G. H. (1993). Measurement of health-related quality of life in heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 22(4), 185-191. doi:10.1016/0735-1097(93)90488-M

Haines, K. J. (2018). Engaging families in rehabilitation of people who are critically ill: An underutilized resource. *Physical Therapy*, 98(9), 737-744. doi:10.1093/ptj/pzy066

Hammer, K., Mogensen, O., & Hall, E. O. C. (2009). The meaning of hope in nursing research: A meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 549-557. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00635.x

Hamrosi, K. K., Aslani, P., & Raynor, D. K. (2014). Beyond needs and expectations: Identifying the barriers and facilitators to written medicine information provision and use in Australia. *Health Expectations*, 17(3), 220–231.

Haseba, S., Sakakima, H., Kubozono, T., Nakao, S., & Ikeda, S. (2016). Combined effects of repeated sauna therapy and exercise training on cardiac function and physical activity in patients with chronic heart failure. *Disability & Rehabilitation*, 38(5), 409-415. doi:10.3109/09638288.2015.1044032.

Haskell, W. L. (2003). Cardiovascular disease prevention and lifestyle interventions: Effectiveness and efficacy. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(4), 245-255.

Henriksson, A. (2013). Stödinterventioner till närstående under pågående vård. I B. Andershed, B-M. Ternstedt & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård: Begrepp & perspektiv i teori och praktik*. (s. 467-473). Studentlitteratur: Lund.

Hjärt-lungfonden. (2017). Plötsligt hjärtstopp. Hämtad 13 september, 2018. https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Hjartstopp_2017_lowres.pdf

Holm, M. S., Norekvål, T. M., Fållun, N., & Gjengedal, E. (2012). Partners' ambivalence towards cardiac arrest and hypothermia treatment: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 17(5), 231-238. doi:10.1111/j.1478-5153.2012.00490.x

- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare [Elektronisk resurs]*. (3., [updated] ed.) Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Hwang, S.-L., Liao, W.-C., & Huang, T.-Y. (2014). Predictors of quality of life in patients with heart failure. *Japan Journal of Nursing Science*, *11*(4), 290-298. doi/10.1111/jjns.12034
- Jouven, X., Lemaitre, R. N., Rea, T. D., Sotoodehnia, N., Empana, J-P., & Siscovick, D. S. (2005). Diabetes, glucose level, and risk of sudden cardiac death. *European Heart Journal*, *26*(20), 2142-2147. doi:10.1093/eurheartj/ehi376
- Kamphuis, H. C. M., Verhoeven, N. W. J., de Leeuw, R., Derksen, R., Hauer, R. N. W., & Winnubst, J. A. M. (2004). ICD: A qualitative study of patient experience the first year after implantation. *Journal of Clinical Nursing*, *13*(8), 1008–1016.
- Karlsson, M., Milberg, A., & Strang, P. (2012). Suffering and euthanasia: A qualitative study of dying cancer patient's perspectives. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *20*(5), 1065-1071
- Ketilisdottir, A., Albertsdottir, H. R., Akadottir, S. H., Gunnarsdottir, T. J., & Jonsdottir, H. (2014). The experience of sudden cardiac arrest: Becoming reawakened to life. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *13*(5), 429-435. doi:10.1177/1474515113504864
- Kim, Y. J., Rogers, J. C., Raina, K. D., Callaway, C. W., Rittenberger, J. C., Leibold M. L., & Holm, M. B. (2017). Solving fatigue-related problems with cardiac arrest survivors living in the community. *Resuscitation*, *118*, 70-74. doi:10.1016/j.resuscitation.2017.07.005
- Larsson, I., Wallin, E., Rubertsson, S., & Kristoferzon, M. (2013). Relatives' experiences during the next of kin's hospital stay after surviving cardiac arrest and therapeutic hypothermia. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *12*(4), 353-359. doi:10.1177/1474515112459618
- Liljeroos, M., Ågren, S., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2014). Perceived caring needs in patient-partner dyads affected by heart failure: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(19/20), 2928–2938.

Lindskog, B. O., & Andrén-Sandberg, Å. (2014). *Medicinsk terminologi*. (6. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Löf, S., Sandström, A., & Engström, A. (2010). Patients treated with therapeutic hypothermia after cardiac arrest: Relatives' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(8), 1760-1768. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05352.x

Marván, M., Oñate-Ocaña, L., Santillán-Doherty, P., & Álvarez-del Río, A. (2017). Facing death in the clinical practice: A view from nurses in Mexico. *Salud Pública de México*, *59*(6, nov-dic), 675-681. doi:http://dx.doi.org/10.21149/8417

Morse, J. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Advances in Nursing Science*, *24*(1), 47-59.

Moulaert, V. R. M., van Haastregt, J. C. M., Wade, D. T., van Heugten, C. M., & Verbunt, J. A. (2014). 'Stand still ..., and move on', an early neurologically-focused follow-up for cardiacarrest survivors and their caregivers: A process evaluation. *BMC Health Services Research*, *14*(34).

Murberg, T. A. (2004). Long-term effect of social relationships on mortality in...patients with congestive heart failure. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *34*(3), 207–217.

Naber, D., & Bullinger, M. (2018). Psychiatric sequelae of cardiac arrest. *Dialogues Clinical Neuroscience*, *20*(1), 73-77.

Newbold, A., Hardy, G., & Byng, R. (2013). Staff and patient experience of improving access to psychological therapy group interventions for anxiety and depression. *Journal of Mental Health*, *22*(5), 456–464.

Norris, R. M. (1998). Fatality outside hospital from acute coronary events in three British health districts, 1994-5. *BMJ*, *316*(7137), 1065-1070.

Palacios-Ceña, D., Losa-Iglesias, M. E., Salvadores-Fuentes, P., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2011). Sudden cardiac death: The perspectives of Spanish survivors. *Nursing and Health Sciences*, 13(2), 149-155. doi:10.1111/j.1442-2018.2011.00593.x

SBU. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik-patientupplevelser*. Hämtad den 7 september, 2018. Från Statens beredning av medicinsk utvärdering, <http://www.sbu.se/sv/var-metod/>

SBU. (2018). Viktigt men svårt mäta livskvalitet. Hämtad 11 september, 2018. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>

Shaw, A., Ibrahim, S., Reid, F., Ussher, M., & Rowlands, G. (2009). Patients' perspectives of the doctor-patient relationship and information giving across a range of literacy levels. *Patient Education & Counseling*, 75(1), 114–120.

Skaggs, B. G., & Yates, B. C. (2016) Functional status and search for meaning after percutaneous coronary intervention. *Western Journal of Nursing research*, 38(2), 248-261.

Soar, J., Nolan, J. P., Böttiger, B. W., Perkins, G. D., Lott, C., Carli, P., ... & Sunde, K. (2015). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015: Section 3. Adult advanced life support.

Socialstyrelsen (2018). Hjärtstopp. Hämtad 6 sep 2018 från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerhjartsjukvard/sokiriktlinjerna/hjartstopp>

Socialstyrelsen (2017). Statistik om dödsorsaker 2016. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-9-10>

Soothill, K., Morris, S. M., Thomas, C., Harman, J. C., Francis, B., & McIlmurray, M. B. (2003). The universal situational, and personal needs of cancer patients and their main carers. *European Journal of Oncology Nursing*, 7, 5-13; discussion 14-16

Spearpoint, K. (2008). Resuscitating patients who have a cardiac arrest in hospital. *Nursing Standard*, 23(14), 48–58.

Svenska Hjärt-Lungräddningsregistret (2017). Årsrapport 2017.

<http://www.hjartstoppcentrum.se/svenska-hjart-lungraddningsregistrets-arsrapport-2017/>

Svenska rådet för HLR (u.å.), Om plötsligt hjärtstopp och HLR. Hämtat 5 september, 2018.
<https://www.hlr.nu/om-plotsligt-hjartstopp-och-hlr/>

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *Omvårdnad och god vård*. Hämtad 11 september, 2018.

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.omvardnad.och.god.vard_april_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2016). Personcentrerad vård. Hämtad 10 september, 2018.

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Thorgeirsson G, Sigvaldson H, Witteman J. (2005). Risk factors for out-of-hospital cardiac arrest: The Reykjavik study. *European Heart Journal*, 26(15), 1499-1505.

doi:10.1093/eurheartj/ehi179

Van Horn, E., Fleury, J., & Moore, S. (2002). Family interventions during the trajectory of recovery from cardiac event: An integrative literature review. *Heart & Lung*, 31(3), 186–198.

Verhaeghe, S., Defloor, T., & Grypdonck, M. (2005). Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1004–1012.

Wachelder, E. M., Moulaert, V. R. M. P., van Heugten, C., Verbunt, J A., Bekkers, S. C. A. M., & Wade, D. T. (2009). Life after survival: Long-term daily functioning and quality of life after an out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 80(5), 517-522.

doi:10.1016/j.resuscitation.2009.01.020

Wiener, C. L., & Dodd, M. J. (1993). Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 7(1), 17-31

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

Willman, A. (2013). Kompetens och utbildning- grundförutsättningar för vårdens kvalitet. I B. Andershed, B. Ternstedt & C. Håkanson (Red.). *Palliativ vård: Begrepp & perspektiv i teori och praktik*. (s. 501-506) (1.uppl) Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (u.å.). WHOQOL: Measuring quality of life. Hämtad 8 september, 2018.

<http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

Ørbo, M., Aslaksen, P. M., Larsby, K., Schäfer, C., Tande, P. M., Vangberg, T. R., & Anke, A. (2015). Relevance of cognition to health-related quality of life in good-outcome survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(9), 860-866.

doi:10.2340/16501977-1998