



Namn: Selma Edvinsson & Sofia Wiklund

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGT13, 2018

Nivå: Grundnivå

Handledare: Susanne Amsberg

Examinator: Malin Lövgren

Att överleva hjärtstopp

En litteraturoversikt om patienters erfarenheter

To survive cardiac arrest

A literature review of patients' experiences

Sammanfattning

- Bakgrund:** Hjärtstopp är ett livshotande tillstånd och chansen för överlevnad ökar om hjärtrytmen återställs inom några minuter. Tidigt larm, hjärt- och lungräddning samt defibrillering är kedjan som räddar liv. Uppföljning och eftervård efter hjärtstopp ser olika ut beroende på var i världen patienten befinner sig och skiljer sig även mellan sjukhus i Sverige. Sjuksköterskor behöver känna till patienters erfarenheter av hjärtstopp för att kunna individanpassa bemötande och omvårdnad.
- Syfte:** Syftet var att beskriva patienters erfarenheter av att överleva hjärtstopp.
- Metod:** En litteraturöversikt genomfördes och baserades på 16 vetenskapliga artiklar, varav sju stycken var kvalitativa åtta kvantitativa och en mixed method. Sökningarna gjordes i databaserna CINAHL Complete och Pubmed och analys utfördes enligt Friberg (2017).
- Resultat:** I resultatet formades fyra teman: *fysiska och psykiska förändringar, erfarenheter av vården, ett nytt sätt att leva och mening och gemenskap*. Hjärtstopp medför både fysiska och psykiska förändringar som erfars både positivt och negativt av patienterna. Erfarenhet av sjukvården, behovet av stöd från familj och närstående, hälsa och livskvalitet är områden som berörs av hjärtstoppet.
- Diskussion:** I metoddiskussionen diskuteras litteraturöversiktens styrkor och svagheter. Resultatdiskussionen har diskuterats utifrån Watsons teori om mänsklig omsorg, vetenskapliga artiklar, litteratur och de centrala delarna av patienters erfarenheter som framkom i resultatet. Författarna diskuterar hur vården kan individanpassas och förbättras utefter litteraturöversiktens resultat.
- Nyckelord:** Hjärtstopp, erfarenheter, patienter, överlevare

Abstract

Background: Cardiac arrest is a life-threatening condition and the chance of survival increases if the heart rate is restored within a few minutes. Early alarm, cardiac and lung rescue and defibrillation is the chain that saves lives. Follow-up and post-treatment after cardiac arrest vary depending on where the patient is and is also different between hospitals in Sweden. Nurses need to know patient's experiences of cardiac arrest in order to be able to personalize treatment and nursing.

Aim: The purpose was to describe patients' experiences of surviving cardiac arrest.

Method: A literature review was conducted and based on 16 scientific articles, seven of which were qualitative eight quantitative and one mixed method. The searches were made in the databases CINAHL Complete and Pubmed and analysis was conducted according to Friberg (2017).

Results: In the result, four themes were formed: *physical and mental changes, experiences of care, a new way of living and meaning and community*. Cardiac arrest causes both physical and mental changes that are experienced both positively and negatively by the patients. The experience of healthcare, the need for support from family and close relatives, health and quality of life are areas affected by the cardiac arrest.

Discussion: The method discussion discusses the strengths and weaknesses of the literature review. The outcome discussion has been discussed on the basis of Watson's theory of human concern, scientific articles, literature and the central parts of patients' experiences as expressed in the results. The authors discuss how care can be personalized and improved according to the results of the literature review.

Keywords: Heart arrest, Cardiac arrest, Experience, Patients, Survivors

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
DEFINITION OCH BAKOMLIGGANDE ORSAKER	1
BEHANDLING	2
<i>Det akuta omhändertagandet</i>	2
<i>Vårdandet på sjukhus</i>	2
<i>Hypotermibehandling</i>	3
<i>Implantable cardioverter defibrillator (ICD)</i>	3
SJUJSKÖTERS KANS ANSVARSOMRÅDE	4
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	4
<i>Hjälp samma och tillitsfulla omsorgsrelationer</i>	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
DESIGN	6
URVAL	6
DATAINSAMLING	6
DATAANALYS	7
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	9
FYSISKA OCH PSYKISKA FÖRÄNDRINGAR	9
ERFARENHETER AV VÅRDEN	11
ETT NYTT SÄTT ATT LEVA	12
MENING OCH GEMENSKAP	14
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION	18
KLINISKA IMPLIKATIONER	23
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	23
SLUTSATS	24
REFERENSFÖRTECKNING	25
BILAGA 1. SÖKMATRIS	31
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	34
BILAGA 3. GRANSKNINGSFRÅGOR FÖR KVALITATIVA RESPEKTIVE KVANTITATIVA STUDIER	40

Inledning

Författarna har båda arbetat på kardiologavdelningar vilket har lett till ett intresse för hjärt- och kärlsjukdomar och har därifrån erfarenheter av patienter som överlevt hjärtstopp. Hjärtstopp sker plötsligt och tillståndet är akut vilket kan innebära stora psykiska samt fysiska påfrestningar för patienten. Bemötandet har upplevts som en svårighet då det är svårt att förstå vilka känslor och tankar som kan uppstå efter hjärtstopp. Vi upplever att sjuksköterskor behöver kunskap för att kunna bemöta dessa patienter på ett bra sätt, för att främja deras fortsatta hälsa och förhindra negativa följder. Därför vill vi studera patienters upplevelser av att ha överlevt hjärtstopp.

Bakgrund

Definition och bakomliggande orsaker

Vid hjärtstopp har hjärtats pumpförmåga upphört vilket leder till medvetandeförlust då hjärnan drabbas av syrebrist (Wikström, 2012). Blodtryck och puls upphör och medvetslöshet sker inom tio till femton sekunder som efterföljs av andningsstillestånd eller en långsam och oregelbunden andning som inte är tillräcklig för att syresätta blodet, så kallad agonal andning. Chansen för överlevnad ökar om hjärtrytmen kan återställas inom några minuter men för varje minut som går minskar chansen att överleva med tio procent (Socialstyrelsen, 2015).

Definitionen av hjärtstopp enligt den internationella sjukdomsklassificeringen ICD-11 är ett plötslig upphörande av hjärtfunktionen som resulterar i ett stopp av cirkulationen (World health organization, 2018).

De vanligaste orsakerna till hjärtstopp är hjärtinfarkt, ischemi och arytmier (Svenska hjärt- och lungräddningsregistret, 2018; Zelias et.al. 2014). Arytmier skapar ett elektriskt kaos i hjärtat men alla arytmier är inte livshotande (Jensen- Urstad och Linde, 2015). Vid en hjärtinfarkt har en propp bildats och fastnat i ett av hjärtats kranskärl som då blockerar blodets flödesväg (Ericson & Ericson, 2012). Ischemisk hjärtsjukdom innebär att blodtillförseln blir begränsad till kranskärlen som syresätter hjärtat. Ungefär 80 procent av de personer som överlevt hjärtstopp har en ischemisk kranskärlssjukdom i grunden (Jensen- Urstad och Linde, 2015). Det är större risk för män att drabbas av hjärtstopp än kvinnor (Morais, Carlvalho & Correa, 2014; Jensen-Urstad & Linde, 2015). Risken är fyra gånger högre hos män än hos kvinnor att drabbas av hjärtrelaterade problem så som hjärtinfarkt efter 55 års ålder (Isaksson et.al., 2011).

Enligt svenska hjärt- och lungräddningsregistrets statistik från 2017 drabbades 2 427 personer av hjärtstopp på sjukhus varav 770 av dessa personer överlevde (Svenska hjärt- och

lungräddningsregistret, 2017). Utanför sjukhus drabbades 5 568 personer varav 600 av dessa personer överlevde. Överlevnaden för hjärtstopp utanför sjukhus har ökat från 4,4 procent år 2000 till 11,4 procent år 2017 vilket då är en ökning på 160 procent. Troliga orsaker till förbättrad statistik är tidig hjärt- och lungräddning, fler bevittnade hjärtstopp och att vården på sjukhus har förbättrats.

Behandling

Det akuta omhändertagandet

Åtgärder som räddar liv och är avgörande för att en person ska överleva hjärtstopp är att tidigt larma, utföra hjärtkompressioner och använda defibrillator (Persson & Stagmo, 2017).

Vid hjärtstopp ska den person först är på plats påbörja hjärt- och lungräddning där 30 hjärtkompressioner ska utföras med en takt på 100 till 120 tryck per minut följt av två inblåsningar. En defibrillator är en anordning som ger en elektrisk strömstöt för att starta om hjärtat så att normal hjärtrytm kan återfås (HLR-rådet, 2018). Defibrillatorn bör användas om det finns en i närliggande område då omedelbar defibrillering ökar chanserna för överlevnad med 65 procent. De personer som haft bevittnade hjärtstopp och fått hjärt- och lungräddning av personer som blivit utbildade i grundläggande återupplivning har en större sannolikhet att överleva enligt Morais, Carlvalho & Correa, (2014). Reynolds, Frisch, Rittenberger och Callaway (2013) fann i sitt resultat att 75 procent av de patienter som hade god funktionell återhämtning efter sitt hjärtstopp hade återfått spontan cirkulation mellan tio till femton minuter efter sitt hjärtstopp med hjälp av hjärt- och lungräddning samt tidig defibrillering. När ambulanspersonalen ankommer till den som har drabbats utförs avancerad hjärt- och lungräddning (Persson & Stagmo, 2017).

Vårdandet på sjukhus

Vid avancerad hjärt- och lungräddning används främst adrenalin i olika intervaller som ökar hjärtfrekvensen (Eikland, Haugland, Stubberud, 2011). Läkemedelsbehandlingen kan se olika ut beroende på vad som orsakade hjärtstoppet. Vid avancerad hjärt- och lungräddning kan intubation bli aktuellt om patienten ej återfår medvetande snabbt. Intubation innebär att patienten sövs och får ett plaströr som förs ned i luftstrupen där syre tillförs.

Efter ett lyckat återupplivningsförsök flyttas patienten till en intensivvårdsavdelning för fortsatt övervakning och behandling (Eikland, Haugland, Stubberud, 2011). Det är vanligt förekommande med blåmärken, ömhet och revbensfrakturer efter hjärt- och lungräddning (Persson & Stagmo, 2017) Alla patienter får därför genomgå en röntgen av bröstkorgen för att

utvärdera om det uppstått några skador vid hjärt- och lungräddningen som exempelvis revbensfrakturer. När patienten har stabiliserats på intensivvårdsavdelningen flyttas patienten till en vårdavdelning för fortsatt vård (Eikland, Haugland, Stubberud, 2011). Patienten bör dagligen genomgå en grundlig klinisk undersökning av läkare och sjuksköterska för att utvärdera den neurologiska och fysiska återhämtningen (Nolan et al., 2015).

Uppföljning och eftervård ser olika ut bland sjukhusen i Europa (Nolan et al., 2015). Socialstyrelsen (2015) skriver i nationella riktlinjer för hjärtsjukvården i Sverige att tydliga riktlinjer för patienternas eftervård vid hjärtstopp skiljer sig mellan landets sjukhus. I uppföljning och eftervård av patienten får varje sjukhus självständigt utforma hur denna vård ska se ut (Nolan et al., 2015). Uppföljningen av en patient som överlevt hjärtstopp bör innehålla tre delar, *screening för kognitiva funktionshinder, känslomässiga problem och information till patienten*. Det saknas utarbetade screeningsformulär för bedömning av kognitiva funktionshinder och emotionella problem. Patienten får istället svara på frågor om exempelvis minnesproblematik, koncentrationssvårigheter samt om det förekommer några depressionssymtom, ångestproblematik eller symtom på posttraumatiskt stressyndrom. Vidare ska patienten få information om potentiella konsekvenser som kan uppkomma efter hjärtstopp och behandling. Information bör också innehålla sådant som kan komma att påverka patienten i det dagliga livet såsom sexuell hälsa, fysiska och sociala aktiviteter.

Hypotermibehandling

Hypotermibehandling syftar till att begränsa de skador som kan ha uppstått i samband med cirkulationsstoppet. Fokus för behandlingen är att skydda hjärnan och hjärtmuskeln från ytterligare skador (Kim, Giberson, Uber, Berg, Cocchi & Donnino, 2014). Behandling innebär att patienten kyls ned till en temperatur mellan 32 och 34°C. Hypotermibehandling ökar chansen för överlevnad och minskar risken för neurologiska skador efter hjärtstopp (Arrich, Holzer, Havel, Müllner & Herkner 2016; Nielsen et.al., 2013). Enligt svenska hjärt- och lungräddningsregistrets årsrapport 2017 framkom att en trolig orsak till att överlevnadsstatistiken förbättrats är att hypotermibehandling används i större utsträckning på sjukhusen vid behandling av hjärtstopp.

Implantable cardioverter defibrillator (ICD)

En ICD opereras in i förebyggande syfte hos patienter som löper hög risk att drabbas av hjärtstopp (American heart association, 2016). ICD står för Implantable Cardioverter Defibrillator. Det är en batteridrivnen pulsgenerator som övervakar hjärtfrekvensen och om en onormal hjärtrytm detekteras levereras en elektrisk stöt till hjärtat för att återställa

hjärtrytmen. Patienter som haft en arytm som bakomliggande orsak till hjärtstoppet kan få en ICD inopererad för att förebygga ett sekundärt hjärtstopp.

Sjuksköterskans ansvarsområde

Omvårdnad är det ansvarsområde som är starkast förknippat med sjuksköterskeprofessionen (Dahlberg & Segesten, 2010). Sjuksköterskan ska ansvara och utföra omvårdnadsåtgärder evidensbaserat och personcentrerat utifrån en humanistisk människosyn (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor beskriver att sjuksköterskan ska arbeta hälsofrämjande där vård och omvårdnad ska syfta till att lindra lidande och förebygga sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). För att kunna ge en god vård och omvårdnad har sjuksköterskan ett eget ansvar att hålla sig uppdaterad gällande evidensbaserad vetenskap inom sitt yrkesområde. Evidensbaserad vård bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet med patienten i fokus.

Vid hjärtstopp har sjuksköterskan en arbetsledande funktion att samordna och effektivisera omhändertagandet (Donaldson, 2013). Sjuksköterskans roll syftar till att få en helhetsbild av situationen och delegera och identifiera nödvändiga åtgärder. Tydliga roller och ledarskap är viktigt för att vården vid hjärtstopp ska kunna effektiviseras och för att få ett lyckat utfall (Leary et.al. 2016). I den arbetsledande funktionen ingår det att kommunicera med övrig personal som deltar vid hjärtstoppet och att även fungera som en informationslänk mellan akutteam, anhöriga och patient (Donaldson, 2013). Denna samordnande roll som sjuksköterskan har fortsätter även efter en lyckad återupplivning där sjuksköterskan har det övergripande omvårdnadsansvaret över patientens fortsatta vård.

Som sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om patientens perspektiv om hälsa och välbefinnande (Berglund, Westin, Svanström, & Sundler, 2012). Hänsyn bör därför tas till patientens erfarenheter av sin sjukdom. Att vårda med patientens erfarenheter som grund innebär att vårda med öppenhet och respekt (Dahlberg & Segesten, 2010).

Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt användes valda delar av Jean Watsons teori för mänsklig omsorg. Teorin är filosofiskt förankrad och vilar på en humanvetenskaplig grund där människan ses som en helhet bestående av kropp, själ och ande (Watson & Grundberg, 1993).

I teorin om mänsklig omsorg beskrivs tio caritasprocesser som utgör en teoretisk referensram som sjuksköterskan kan förhålla sig till och stödja sig på i vårdandet (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). För de patienter som överlevt hjärtstopp är det som sjuksköterska

viktigt att kunna möta och stötta dessa patienter i deras återhämtning. De vårdande ögonblicken och samspelet i mötet mellan individer är centrala i Watsons teori och anses därför passande för vårt syfte.

En fördjupande faktor kommer att användas för att diskutera resultatet; caritasprocess fyra *hjälpssamma och tillitsfulla omsorgsrelationer*. Denna faktor är utvald då innehållet anses ha en relevans för syftet. Vikten av att skapa en vårdrelation och att se människan bakom sjukdomen kan i resultatdiskussionen ge en djupare insikt av patienternas erfarenheter och därav bidra till en ökad kunskapsgrund i det kliniska arbetet för sjuksköterskan.

Hjälpssamma och tillitsfulla omsorgsrelationer

Denna caritasprocess framhäver vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient där omsorgen är mittpunkten för sjuksköterskans omvårdnadshandlingar (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient beskrivs i Watsons teori som transpersonella vårdrelationer. Dessa ligger som grund för helhetsperspektivet och uppstår när sjuksköterskan är närvarande i mötet med patienten. Det vårdande ögonblicket som uppstår i den transpersonella vårdrelationen handlar om samspelet mellan två individer (Sitzman & Watson, 2014; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). När två individer möts kommer mötet att ge avtryck i deras liv, likt ringar på vattnet kommer detta i sin tur påverka andra möten i individernas liv (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Det vårdande ögonblicket överstiger tid och rum och utövar inflytande på både sjuksköterskan och patientens förståelse av sig själva och i den värld de lever i. Genom att båda individerna i mötet tar del av varandras varande kan detta skapa en harmoni i både kropp, själ och ande som kan leda till en självläkande utveckling för patienten. Watson (2007) beskriver att patientens erfarenheter, tankar och känslor behöver erkännas i vårdprocessen för att omsorgsrelationen ska nå en djupare och mer autentisk nivå. När sjuksköterskan lyssnar på patientens erfarenheter görs patienten delaktig i vården vilket bidrar till en läkande process. Att ta del av patientens erfarenhet kan enligt Watson vara den största helande handling som sjuksköterskan utför.

Problemformulering

Att överleva hjärtstopp medför ett trauma på den fysiska kroppen och utan snabb behandling kan den drabbade vakna upp med permanenta fysiska, psykiska och neurologiska skador. Avsaknaden av enhetligt utformade vårdprogram medför att eftervården för denna patientgrupp skiljer sig mellan varje sjukhus. Vid otillräcklig kunskap hos sjuksköterskan finns det risk att patienten blir drabbad då bemötande, omvårdnad och information blir bristande. En bättre kunskapsgrund för sjuksköterskor om denna patientgrupps erfarenheter

kan öka sjuksköterskans förståelse och då främja bemötande, omvårdnad och eftervård kring dessa patienter. Genom att belysa patientens erfarenheter kan sjuksköterskan förbättra den individanpassade vården och reducera efterföljande komplikationer.

Syfte

Syftet var att beskriva patienters erfarenheter av att överleva hjärtstopp.

Metod

Design

En litteraturöversikt användes som metod. Litteraturöversikter används för att sammanställa och analysera forskning för att nå ökad kunskap inom valt område (Friberg, 2017a).

Artiklarnas likheter och olikheter jämfördes och sammanställdes i olika teman med fokus på litteraturöversiktens syfte.

Urval

För att artiklarna skulle få inkluderas i litteraturöversikten behövde de ha en vetenskaplig struktur vilket innebar att de skulle ha ett abstract, bakgrund, syfte, metod, resultat samt en diskussion (Segesten, 2017). Artiklarna som gick vidare i urvalsprocessen var publicerade på svenska eller engelska då författarna till litteraturöversikten behärskar dessa språk och för att undvika feltolkningar av resultaten. Sökningarna inkluderade både kvantitativa och kvalitativa artiklar och var publicerade mellan år 2008 och 2018. Ytterligare avgränsning i sökningarna som användes var *peer reviewed* och *full text* för att säkerställa att artiklarna var publicerade i en vetenskaplig tidskrift och för att artikeln skulle finnas i sin helhet.

Artiklarna som inkluderades innehöll patienters upplevelse av hjärtstopp på eller utanför sjukhus och var tillgängliga utan kostnad. Ytterligare inklusionskriterer var att personerna som deltagit i studierna var över 18 år.

Datainsamling

En inledande informationssökning utfördes i enlighet med Östlundh (2017). Sökningen utfördes i olika databaser och användes för att skapa en uppfattning över den forskning som finns inom det valda området. En mer systematisk litteratursökning genomfördes i databaserna PubMed och CINAHL Complete efter relevanta vetenskapliga artiklar. PubMed är den databas som är störst inom området biomedicin och innehåller exempelvis artiklar om

medicin, hälso- och sjukvård samt omvårdnad (Karlsson, 2012). Databasen CINAHL Complete är den mest omfattande databasen för omvårdnadstidskrifter.

Svensk MeSH användes för att erhålla väsentliga sökord. Vid informationssökningen användes sökorden *Cardiac arrest*, *Sudden cardiac arrest*, *Out of hospital cardiac arrest*, *Heart arrest*, *Survivors*, *Experience*, *Lived experiences*, *Quality of life*, *Rehabilitation*, *Emotion*, *Coping*, *Patient* och *Lifestyle*. I enlighet med Boolesk söklogik användes operatoren AND för att knyta ihop sökord och på så sätt finna relevanta artiklar (Östlundh, 2017). Vid sökningar användes trunkering för att skapa en mer korrekt sökning där olika böjningar av sökorden inkluderas.

Val av artiklar gjordes enligt Roséns (2015) beskrivning. Författarna gallrade tillsammans bort artiklar vars titel ej ansågs vara relevant för syftet. De titlar och abstract som ansågs relevanta valdes ut för att sedan läsa artikeln i sin helhet. Varje artikel vars resultat svarade på litteraturöversiktens syfte granskades tillsammans av båda författarna för att se om konsensus rådde gällande artiklarnas innehåll. Friberg (2017a) beskriver denna metod som ett helikopterperspektiv som används för att få en helhetsbild över artiklarnas typiska drag.

Kvalitetsgranskning av artiklarna skedde gemensamt och med stöd av Fribergs (2017b) *granskningsfrågor för kvalitativa respektive kvantitativa studier*, se bilaga 3. Sökningarna resulterade i både kvalitativa samt kvantitativa artiklar och en mixed-method. Slutligen valdes 16 artiklar ut varav sju stycken var kvalitativa respektive åtta kvantitativa artiklar och en mixed method. Litteratursökningen redovisas i sökmatrix bilaga 1. Matrix över urval av artiklar och resultat presenteras i bilaga 2.

Dataanalys

En analys av artiklarna utfördes i tre olika steg enligt Fribergs metod (2017a). Båda författarna läste igenom samtliga artiklar flertalet gånger för att försäkra sig om att de förstod innehållet av artiklarna. Samtliga artiklar lästes först självständigt av författarna och för att undvika missförstånd och feltolkningar sammanställde sedan författarna varje artikel tillsammans. Författarna gjorde en sammanställning av valda artiklar som redovisas i en resultatmatrix (bilaga 2). Efter sammanställning jämfördes resultatartiklarna för att märka ut de nyckelfynd som framkom i artiklarnas resultat. Författarna satt tillsammans och färgmarkerade nyckelfynden i artiklarna som sedan formades till fyra teman. Analysprocessen redovisas i tabell 1 där nyckelfynd och resultatets teman framgår.

Tabell 1. Presentation av nyckelfynd och teman.

Nyckelfynd	Teman
Minnesförlust Fatigue Svårigheter med fysiska aktiviteter Ångest Depression Posttraumatisk stress Rädsla Stress	Fysiska och psykiska förändringar
Upplevelsen av ICD och hypotermibehandling Bemötande från vårdpersonal Utskrivning från slutenvården	Erfarenheter av vården
Förändrad syn på livet Livsstilens betydelse Livskvalitet Strävan att återfå sitt gamla liv Att fortsätta leva	Ett nytt sätt att leva
Nära döden upplevelse Söka efter mening Socialt utanförskap Sökandet efter samhörighet Familj och närståendes betydelse Återgå till arbete	Mening och gemenskap

Forskningsetiska överväganden

I ett vetenskapligt arbete är syftet att frambringa kunskap för att bidra till samhällets utveckling men också för att förbättra den enskilda individens liv (Kjellström, 2012).

Forskaren behöver under hela arbetets gång förhålla sig till forskningsetiska regler men också noga granska sina egna personliga värderingar. För att stärka det vetenskapliga värdet i det självständiga arbetet är det betydelsefullt att de vetenskapliga artiklarna är etiskt granskade (Wallengren & Henricson, 2012). Samtliga artiklar som användes i resultatet var etiskt granskade och godkända av en kommitté eller omfattades av etiska ställningstaganden. De valda artiklarna var skrivna på engelska. Detta kan enligt Kjellström (2012) vara ett problem då det oftast inte är studenternas modersmål och därför finns det risk för feltolkningar av texten. För att undvika feltolkningar har författarna använt sig av lexikon och uppslagsverk som finns att tillgå under bibliotekets databaser på Ersta Sköndal Bräcke Högskola. Författarna har noga granskat sitt eget förhållningssätt och värderingar för att vara neutrala i litteraturöversikten och för att undvika att personliga värderingar infiltrerat arbetet. Under arbetet med resultatet har författarna inte medvetet plagierat eller felaktigt återgett artiklarnas innehåll.

Resultat

Dataanalysen resulterade i att fyra teman identifierades: *fysiska och psykiska förändringar, erfarenheter av vården, ett nytt sätt att leva och mening och gemenskap*, se presentation av teman (tabell 1).

Fysiska och psykiska förändringar

Studier visade att de som haft ett bevitnat hjärtstopp och fått hjärt- och lungräddning i ett tidigt skede från förbipasserande hade en bättre upplevd fysisk livskvalitet än de som inte haft ett bevitnat hjärtstopp (V. Moolaert, Wachelder, Verbunt, Wade, & van Heugten, 2010; Ørbo et.al., 2015). Chansen för överlevnad ökade om hjärtstoppet var bevitnat och skedde utanför hemmet där tidig hjärt- och lungräddning startades av medmänniskor (Bremer, Dahlberg & Sandman, 2009). Patienter uttryckte tacksamhet att hjärtstoppet hade skett på en plats där de inte var ensamma. Flertalet patienter hade ådragit sig revbensfrakturer efter hjärt- och lungräddningen vilket orsakade smärta, sömnbesvär och obehag som var ihållande i minst sex månader (Forslund, Jansson, Lundblad, & Söderberg, 2017; Forslund, Zingmark, Jansson, Lundblad, & Söderberg, 2014). Smärta och obehag var något som patienterna upplevde som mest besvärande efter hjärtstoppet (Israelsson et.al., 2017). Det framkom att kvinnliga patienter upplevde smärta och obehag i större utsträckning än vad de manliga patienterna gjorde (Viktorisson, Sunnerhagen, Pöder, Herlitz, & Axelsson, 2018). Frakturerna påverkade patienterna negativt då de fick svårt att röra sig och de beskrev att duscha eller en kort promenad var utmattande (Forslund et.al, 2017; Ketilsdottir, Albertsdottir, Akadottir, Gunnarsdottir, & Jonsdottir, 2014). Det upplevdes vara en brist på information från sjukvårdspersonalen om de konsekvenser en återupplivning får, exempelvis i form av frakturer och hur detta kommer att påverka det dagliga livet (Forslund et.al., 2017).

Minnesförlust och andra kognitiva nedsättningar hade en stor påverkan på upplevelsen av den fysiska livskvaliteten (V. Moolaert, Wachelder, Verbunt, Wade, & van Heugten, 2010; Ørbo et.al., 2015). Att kunna röra sig obegränsat och sköta sin egenvård påverkade patienternas livskvalitet. Att hålla sig aktiv och träna var viktigt för att kunna återgå till det vanliga livet (Brännström et.al., 2018; Ketilsdottir et.al., 2014). Första månaden efter utskrivning upplevdes vara den mest svåra tiden då patienterna var lättirriterade och otåliga för att de var fysiskt begränsade. Rehabilitering fortsatte i flera månader efter utskrivning (Raina et.al., 2015). Den främsta återhämtningen upplevdes ske under de första sex månaderna. Den begränsade fysiska funktionen gjorde att patienterna inte deltog i dagliga aktiviteter i samma utsträckning. Patienterna fick ångest över ovissheten om en fysisk

aktivitet skulle vara smärtsam och undvek därför dessa aktiviteter (Forslund et.al., 2017). Dock var fysiskt krävande aktiviteter ett sätt för patienterna att få bekräftelse på att de har återhämtat sig efter hjärtstoppet. Efter 12 månader upplevde många patienter att de fortfarande kände att livet var ömtåligt och att de fortsatte att utmana sig själva i fysiska aktiviteter för att se hur kroppen reagerar. Ju mer fysiska aktiviteter som de utövade, desto säkrare blev de med sin kropp igen.

Fatigue rapporterades som det mest vanliga problemet hos patienterna (Forslund et.al., 2014; V. R. M. Moulaert et.al., 2017; V. Moulaert et.al., 2010). Fatigue komplicerade deltagandet i fysiska aktiviteter samt hade en påverkan på minnes och planeringsförmågan. Allvarlighetsgraden av fatigue hade en signifikant koppling till hur patienterna upplevde både sin fysiska och mentala hälsa vilket då påverkade livskvaliteten. Med tiden blev patienternas fatigue mindre och de kände sig starkare. De patienter som drabbats av posttraumatiskt stressyndrom upplevde fysiska begränsningar och en försämrad livskvalitet (Israelsson et.al., 2017).

Att vakna upp från hjärtstopp beskrevs som att vakna upp till en värld av förvirring (Bremer et.al., 2009; Palacios-Ceña, Losa-Iglesias, Salvadores-Fuentes, & Fernández-de-las-Peñas, 2011). Osäkerhet, fragmentariska minnen och svårigheter att förstå vad som har hänt innebar en förlust av kontroll. När förståelsen över vad som hade hänt ökade ledde det ofta till chock och att livet tedde sig sårbart. Rädsla, ångest och oro infann sig inför den kroppsliga försämringen och rädslan tog över alla delarna av patienternas liv. Osäkerheten uppenbarade sig i vetskapen om att döden hade varit nära vid hjärtstoppet. Känslor av ångest och rädsla var kopplade till minnen av hjärtstoppet och återupplivningen (Ketilsdottir et.al., 2014). I relation till den rädsla, ångest och oro som uppkom efter uppvaknandet infann sig även känslor av tacksamhet över att vara vid liv (Bremer et.al., 2009; Forslund et.al., 2017; Forslund, Lundblad, Jansson, Zingmark, & Söderberg, 2013; Forslund et.al., 2014; Ketilsdottir et.al., 2014). Emotionella förändringar så som ilska, ha nära till gråt och energilöshet var vanligt förekommande känslor hos patienterna. Studier visade att psykiska och emotionella svårigheter efter hjärtstopp påverkade patienternas livskvalitet mer negativt än fysiska nedsättningar (V. R. M. Moulaert et.al., 2017; V. Moulaert et.al., 2010; Viktorisson et.al., 2018; Ørbo et.al., 2015). Livskvaliteten påverkades negativt av framförallt ångest, depression och posttraumatisk stress. En studie visade att symtom på ångest, depression och posttraumatisk stress hos patienterna ökade över tid (Forslund et.al., 2013). En förklaring till detta kan vara att patienterna blev medvetna om dessa kognitiva begränsningar när de utsatte sig för mer krävande aktiviteter. Kvinnor upplevde kognitiva svårigheter i större utsträckning än män dessutom rapporterades det oftare om ångest och depression hos kvinnor (Israelsson

et.al., 2017; Viktorisson et.al., 2018). Den största svårigheten för män var vid utskrivning från sjukhuset (Uren & Galdas, 2015). Ängest, osäkerhet, stress och desorientering beskrevs som svåra och oron var förknippat med en rädsla för oförmåga att kunna fullfölja deras roller och ansvar som män. Männerna beskrev svårigheter i att tala om sina känslor och därav kan resultaten gällande att högre antalet kvinnor som lider av depression, ångest och oro efter hjärtstopp vara missvisande (Israelsson et.al., 2017; Uren & Galdas, 2015; Viktorisson et.al., 2018).

Erfarenheter av vården

Hjärtstoppet var en livsomvälvande händelse i patienternas liv (Ketilsdottir et.al., 2014). Flertalet patienter rapporterade att de hade svåra mardrömmar när de var inlagda på intensivvårdsavdelningen (Brännström et.al., 2018). Under resterande tid då patienterna var inneliggande på sjukhuset kände de sig trygga och säkra. Dock framkom att sjukhusmiljön upplevdes fientlig och att de var obekväma med att vara beroende av andra och att vara tvungen att be personalen om hjälp. När tiden för utskrivning närmade sig utvecklades känslor av osäkerhet och rädsla över att vara ensamma. Osäkerheten kopplades i huvudsak till rädslan över symtom på ett nytt hjärtstopp och svårigheter att veta vart de fysiska gränserna gick. Patienterna upplevde att sjukvårdspersonalen inte kunde tillgodose bra strategier för att hantera osäkerheten (Palacios-Ceña et.al., 2011). Vidare upplevde patienterna att sjukvårdspersonalen undvek att prata om hjärtstoppet och döden vilket skapade en ännu större osäkerhet (Brännström et.al., 2018; Forslund et.al., 2017; Ketilsdottir et.al., 2014; Palacios-Ceña et.al., 2011). Kvinnliga patienter uppgav att sjukvårdspersonalen inte uppmärksammade familjeplanering och deras möjlighet att skaffa barn i framtiden vilken skapade osäkerhet och ångest (Forslund et.al., 2017). Patienter berättade att de kände sig förolämpade när personal som inte varit närvarande under hjärtstoppet eller varit med under första dygnet på sjukhuset skulle förklara för patienten vad som hade hänt (Forslund et.al., 2014). Däremot var patienterna positivt inställda till att få besök av de personer som varit involverade i återupplivningen. Patienterna beskrev tacksamhet och uppskattning över hur sjukvårdspersonalen hade räddat deras liv och funnits där som stöd under vårdtiden (Brännström et.al., 2018; Palacios-Ceña et.al., 2011). Vidare beskrevs hur patienterna vid utskrivning upplevde att vårdpersonalen plötsligt inte längre var tillgängliga som stöd. Patienterna upplevde att de blev försummade och fick separationsångest från sjukvårdspersonalen som hade varit deras trygga punkt. Tiden efter utskrivning kantades av osäkerhet och rädsla över att symtom från hjärtat skulle återkomma (Brännström et.al., 2018; Forslund et.al., 2017; Ketilsdottir et.al., 2014). Hjärtstoppet medförde att patienterna sökte

sjukvård i större utsträckning. Regelbundna kontroller av hjärtat var viktigt och stärkte känslan av säkerhet för patienterna. Ett behov under återhämtningsprocessen var regelbunden kontakt med sjukvården där de kunde tala om själva hjärtstoppet. De rutinkontroller som patienterna blev kallade till var inte tillräckliga för att kunna lyfta de problem gällande rädslor och osäkerhet som patienterna upplevde. En av de svåraste sakerna vid utskrivning var minskad kontakt med sjukvården och att behöva äta medicin för resten av deras liv (Forslund et.al., 2014). Patienterna hade behov att diskutera medicinfrågor och biverkningar med sjukvården men kände att de ej fick detta stöd (Forslund et.al., 2017, 2014). Känslor av frustration uppkom när kallelser och svar från sjukvården dröjde (Brännström et.al., 2018; Forslund et.al., 2017). Några patienter kände att vid dröjsmål från sjukvården hade de behov av att själva söka kontakt med vården för regelbundna kontroller (Brännström et.al., 2018). Patienterna hade svårt att förstå svaren de fick från sjukvården och upplevde att de ej fick svar på sina frågor (Forslund et.al., 2017). Patienterna uttryckte att de läkemedel som de fick påverkade deras kroppar negativt och det hade tagit lång tid innan de lärde sig hur kroppen reagerade på medicineringen. Symtom hade svårt att tolkas om det var biverkningar från medicinering eller symtom från hjärtat.

Patienter som hade fått en ICD inopererad efter hjärtstoppet uttryckte en tacksamhet för livet och beskrev vikten av att sätta nya mål för att fortsätta leva (Forslund et.al., 2017). Andra upplevde tvärtom att ICD:n skapade reflektioner som osäkerhet, tvivel och rädsla för dess funktion. De upplevde att ICD:n var en påminnelse om att de hade ett skadat hjärta och att det fanns en risk att drabbas av ytterligare hjärtstopp (Bremer, Dahlberg, & Sandman, 2009). Fysisk aktivitet var en aspekt där det framkom restriktioner för de patienter som fått en ICD inopererad (Uren & Galdas, 2015). De hade en restriktion på hur hög puls de fick ha vilket gjorde att de fick anpassa den fysiska träningen utefter detta vilket upplevdes frustrerande.

Patienter som genomgått en hypotermibehandling berättade att de hade fått bra information om behandlingsmetoden och de upplevde inte att det kändes konstigt att de blivit nedkylda till en kroppstemperatur av 33 grader (Brännström et.al., 2018). Majoriteten av patienterna hade inget minne av själva behandlingen förutom att de känt sig kalla.

Ett nytt sätt att leva

Att överleva hjärtstopp väckte många frågor om både liv och död (Bremer et.al., 2009; Brännström et.al., 2018; Forslund et.al., 2017, 2014). Frågor som varför detta hade hänt just dem och vad meningen med livet är väcktes av händelsen. Hjärtstoppet påminde patienterna om att livet är bräckligt och att de levde på lånad tid. Reflektioner om vad som hade hänt om

de inte hade blivit återupplivade vid hjärtstoppet och tankar om död oroade patienterna. Patienterna reflekterade över sitt tidigare liv och vad som kunde vara anledningen till att just de hade drabbats av hjärtstopp när det fanns andra människor med fler riskfaktorer som inte blivit sjuka. Sökandet efter en förklaring över vad som hade orsakat hjärtstoppet uttrycktes i flera studier (Brännström et.al., 2018; Forslund et.al., 2017, 2014). Ju längre tid som gick efter hjärtstoppet desto mer började patienterna jämföra sin nuvarande livssituation med det liv de hade innan hjärtstoppet. Förklaringar som att orsaken till hjärtstoppet var genetisk och att det inte fanns något som kunde minska risken av att dö en plötslig död. Flertalet uttryckte hopplöshet över att de kände sig för unga för att ha drabbats av hjärtstopp och hade därför svårt att förstå varför det hade hänt så plötsligt (Brännström et.al., 2018). Sökandet efter en förklaring pågick även 12 månader efter hjärtstoppet (Forslund et.al., 2017).

Flertalet studier visade att livskvaliteten påverkades negativt efter hjärtstopp (Lim, Verfaellie, Schnyer, Lafleche, & Alexander, 2014; V. Moulaert et.al., 2010). Livskvaliteten var kopplad till patienternas upplevelse av hälsa (Forslund et.al., 2013, 2014). Efter hjärtstoppet prioriterade patienterna att göra saker som de fann meningsfulla. Livet före hjärtstoppet granskades och en ohälsosam livsstil ansågs många gånger som orsaken till att hjärtstoppet hade skett (Bremer et.al., 2009). Känslor av skuld uppstod gentemot en tidigare ohälsosam livsstil. Patienterna beskrev att hjärtstoppet hade förändrat deras sätt att leva och att de valde en hälsosammare livsstil med mindre stress (Brännström et.al., 2018; Forslund et.al., 2017, 2013). Träning och att vara aktiv skapade mening i livet och medförde att deltagarna mådde bra och var en bidragande faktor till ökad livskvalitet (Forslund et.al., 2017, 2013). Beroende på medicinsk status hade patienterna olika förmågor att utöva fysisk aktivitet. Flertalet patienter försökte dock hitta ett sätt att träna på. Efter hjärtstoppet fick kosten en mer central roll i patienternas liv (Forslund et.al., 2013). Hälsosammare kost som ansågs vara bra för kroppen och för att reducera vikt prioriterades. Flertalet patienter talade även om vikten av att unna sig sådant som de visste att de egentligen inte borde äta men som ansågs höja livskvaliteten.

Hjärtstoppet innebar för flera patienter att de såg sitt liv ur ett nytt perspektiv (Bremer et.al., 2009; Forslund et.al., 2017; Uren & Galdas, 2015). Saker som de innan hade tagit för givet fick nu en ny innebörd. Det faktum att de fortfarande var vid liv ansågs vara beroende av ödet, tur och färdigheter av de personer som var med vid återupplivningen. Ett år efter hjärtstoppet återfanns en vilja av att börja reflektera över livet och framtiden (Forslund et.al., 2017). Livet planerades dock inte i förväg utan levdes en dag i taget då patienterna uttryckte att livet är skört och att en framtid inte är garanterad. En önskan om att leva livet som det var innan hjärtstoppet återfanns i flera studier (Brännström et.al., 2018; Forslund et.al., 2017).

Patienter som var mer drabbade av efterföljande komplikationer beskrev en större förändring på sin livssituation där återupplivningen innebar att patienten skulle leva med nya förutsättningar (Forslund et.al., 2017). Kognitiva funktionsnedsättningar innebar att patienterna var mer beroende av hjälp från andra människor. Möjligheten till att leva självständigt blev reducerad. De upplevde en större osäkerhet över framtiden vilket även påverkade deras livskvalitet negativt. Fysiska funktionsnedsättningar var kopplade till skamkänslor och ledde till social isolering. Andra patienter upplevde hjärtstoppet som en vändpunkt i livet som resulterade i positiva förändringar.

Att överleva hjärtstopp och att fortsätta leva innebar för patienterna att möta en ny livssituation (Bremer et.al., 2009). Hälsa och livskvalitet fick en ny innebörd och hur det är att leva i en förändrad kropp. Strategier till att tackla det nya livet handlade om att möta och minska hot mot välbefinnande och existens. För att skapa en harmoni i den nya livssituationen krävdes en förståelse för det som hade hänt, hur det är att leva i nuet och att planera för framtiden. Hjärtstoppet beskrevs av patienterna som en händelse som var tvungen att ta mindre plats i deras liv för att kunna fortsätta leva. Att utforska den förändrade kroppen och försonas med den beskrevs också som en överlevnadsstrategi. Trygghet uppstod när patienterna undersökte sina kroppsliga begränsningar. Men oavsett hur väl strategierna fungerade beskrev patienterna livet som förändrat. Välbefinnande och livskvalitet var beroende av den trygghet och tillfredsställelse som patienterna nått gentemot deras förändrade kropp. Patienterna beskrev att överleva hjärtstopp och att fortsätta med sitt liv innebar att söka efter mening och samhörighet i ett förändrat liv för att välbefinnande och livskvalitet kunde upplevas i nuet och i framtiden.

Mening och gemenskap

När hjärtstoppet inträffade var det enligt patienterna som att släcka en lampa eller som att svimma (Brännström et.al., 2018; Forslund et.al., 2017, 2014). De beskrev det som ett enkelt sätt att försvinna på och att de inte kände någon ångest över döden. Minnen som endast bestod av vissa fragment innan och efter hjärtstoppet resulterade i att patienterna kände ett behov av att få händelsen återberättad för sig. Patienterna uttryckte att det inte var deras tur att dö och att de hade fått en andra chans till livet (Forslund et.al., 2017, 2014). Meningen med livet, identiteten och känslan av samhörighet behövde återskapas utifrån en förändrad livsvärld (Bremer et.al., 2009).

Under en uppföljning ett år efter hjärtstoppet framkom att patienterna dagligen tänkte på hjärtstoppet och reflekterade mycket över sitt liv (Forslund et.al., 2017). De beskrev att livet kunde ta slut när som helst och de försökte leva en dag i taget. Något som upplevdes

stressande var när patienterna inte fick svar på sina frågor om varför hjärtstoppet hade inträffat eller kunde fylla i sina minnesluckor (Bremer et.al., 2009; Palacios-Ceña et.al., 2011). De förstod inte meningen med hjärtstoppet och fick svårt att gå vidare i livet utan att få svar på dessa frågor. Patienterna beskrev det som att de efter hjärtstoppet behövde de lära sig att leva på nytt. De beskrev att döden inte bara var en möjlighet utan en redan upplevd händelse som var svår att acceptera. Det var svårt att acceptera att lära sig att leva med döden och att det inte längre fanns någon garanti för liv.

För att finna en mening med livet fokuserade patienterna på sin familj och sina relationer samt att minska stressen i vardagen (Forslund et.al., 2017). En viktig del för patienterna var att återupptäcka sig själva och etablera en framtid. Hjärtstoppet var fortfarande en del av deras liv vilket hade gjort deras liv mer skört. De välkomnade livet och såg fram emot framtiden. Att överleva hjärtstopp betydde ett sökande för mening och samhörighet i ett förändrat liv så att den drabbade i både nuet och i framtiden kan uppleva ett välmående och en mening i sin vardag (Bremer et.al., 2009; Klemenc-Ketis, 2013). Patienterna menar att det som ger livet en mening och ett bra liv finns i relationer med nära och kära som skapar en känsla av säkerhet och stöd. Patienterna sökte efter en mening med livet och för många innefattade detta att flytta närmare sina barn och spendera mer tid tillsammans med familjen (Forslund et.al., 2017, 2013; Ketilsdottir et.al., 2014). De drog ner på saker i livet som orsakade stress och ångest. De blev bättre på att be om hjälp för att inte stressa. Familjen bistod med stöd och trygghet efter hjärtstoppet men något annat som också var viktigt var att delta i grupper där de fick träffa personer som delade samma erfarenheter (Bremer et.al., 2009; Ketilsdottir et.al., 2014). Det skapade en känsla av samhörighet att få prata om sin upplevelse med andra som har erfarenhet liknande händelser. Familj och vänner fick ta ett större ansvar i det dagliga livet då det fanns fysiska och kognitiva begränsningar som hindrade patienten att leva som vanligt (Forslund et.al., 2017). Det uppstod en irritation när familjemedlemmar och vänner upprepade gånger bad att patienten skulle vara försiktig och inte överanstränga sig. Detta blev som en påminnelse om sina begränsningar i livet. Patienterna delade inte med sig om alla symtom som de upplevde då de inte ville oroa familj och vänner i onödan. Familjen var ändå det som patienterna fokuserade på efter hjärtstoppet och de blev en källa till att känna sig stark och lycklig (Forslund et.al., 2013). Umgås med barnbarn, delta i aktiviteter med familjemedlemmar, bjuda på middagar och att få hjälpa till och sitta barnvakt var några av de saker som benämns som källan till ökad livskvalitet. Att prata med familjemedlemmar och vänner var ett sätt att hantera hjärtstoppet och känslorna som uppkommit i samband med det (Forslund et.al., 2014). Patienterna klagade på sociala problem då de inte tog sig ut lika mycket och umgicks med andra personer i samma utsträckning som innan sitt hjärtstopp.

Dock upplevde vissa patienter att deras sociala behov inte blivit påverkat i samma utsträckning då alla var över pensionsålder och redan hade en minskad social krets (V. Moulaert et.al., 2010).

Rädsla var något som tagit över en stor del av patienternas liv vilket inte bara påverkade deras arbete utan också deras relationer och förmåga att ta hand om sina barn (Palacios-Ceña et.al., 2011). Rädslan genomsyrade dagarna vilket gjorde att det blev en börda patienterna bar runt på dagligen. Patienterna spenderade mycket tid på att försöka ta sig tillbaka till det liv de hade innan hjärtstoppet (Forslund et.al., 2017, 2013; Ketilsdottir et.al., 2014). Att återgå till arbete hade en stor inverkan på välmående och livskvaliteten (Ketilsdottir et.al., 2014; Lim et.al., 2014; Raina et.al., 2015). Studier visar att patienter efter hjärtstopp hade en nedsatt förmåga att återgå till arbete vilket påverkade deras livssituation och privatekonomi negativt.

Diskussion

I metoddiskussionen reflekterar författarna över litteraturöversiktens metod samt dess styrkor och svagheter. I resultatdiskussionen diskuterar författarna resultatet utifrån bakgrunden, vald vårdteoretiker samt egna reflektioner.

Metoddiskussion

Syftet med det självständiga arbetet var att beskriva patienters erfarenheter av att överleva hjärtstopp. I denna uppsats har vi använt oss av en litteraturöversikt enligt Friberg (2017a) som metod för att få fördjupad kunskap inom valt område. En nackdel med en litteraturöversikt är att det endast ger en begränsad insyn inom valt område. Då endast ett reducerat antal artiklar används medför det att urvalet av relevant forskning är begränsat vilket kan komma att påverka resultatet av litteraturöversikten. Däremot har författarna kvalitetsgranskat samtliga artiklar enligt Fribergs (2017b) granskningsfrågor för kvalitativa och kvantitativa studier vilket stärker det begränsade urvalet av artiklar.

Författarna använde sig av två databaser vid datainsamlingen; CINAHL Complete och Pubmed. En svaghet med att endast använda sig av två databaser är att författarna kan ha gått miste om relevanta artiklar som svarade på syftet. Fördelen med att använda sig av CINAHL Complete och Pubmed är att dessa två databaser innehåller relevant vårdvetenskaplig forskning för denna uppsats.

De valda sökorden som använts för att få fram artiklar till resultatet var många vilket resulterade i ett stort antal träffar. Sökord som författarna ansåg syfta till patienters erfarenheter var *rehabilitation, experience, lived experience, emotion* och *coping*. I CINAHL

Completes ämnesordlista fanns sökordet "quality of life" som förslag till patientens upplevelse, varav författarna valde att använda detta som sökord. Dessa sökord användes för att få en bredare bild av hur erfarenheter av hjärtstoppet kan ha påverkat patienten. Dock kan valet av sökord ses som en svaghet då detta kan ha påverkat urvalet av artiklar och även litteraturöversiktens resultat. I efterhand har författarna reflekterat över valet av syfte och kommit fram till att syftet varit för brett vilket har resulterat i ett för stort antal sökord och ett spretigt resultat. Ett mer begränsat syfte upplever författarna hade gett ett mindre antal sökord och ett mer specifikt resultat som då blivit mer användbart i vården. Resultatet i litteraturöversikten är välarbetat och utifrån de valen av sökord och valda artiklar anser författarna att patienters övergripande erfarenheter av att överleva hjärtstopp ändå framkommer.

Två av sökningarna i PubMed resulterade i över 100 träffar, varav endast två artiklar valdes ut till resultatet. Anledningen till detta är att flertalet artiklar som ansågs relevanta för syftet ej funnits tillgängliga kostnadsfritt.

De begränsningar som användes vid databassökningarna av artiklarna kan anses som en svaghet. Artiklarna skulle vara publicerade på engelska eller svenska, finnas i fulltext och vara tillgängliga kostnadsfritt. Dessa begränsningar användes utifrån ekonomiska, praktiska och tidsmässiga skäl. Genom att använda begränsningen full text uppkommer endast de artiklar som finns utan kostnad att hämta på nätet. De artiklar som finns på högskolans databas kan alltså ha exkluderats i dessa sökningar vilket kan ha medfört ett stort bortfall av relevanta artiklar. Att endast använda artiklar som är skrivna på engelska och svenska kan ha inneburit att relevanta artiklar i annat språk exkluderades. Dock är det också en styrka att artiklar har valts ut som är skrivna på ett språk som båda författarna behärskar. Alla artiklar hade ett abstract vilket underlättade sökningen då författarna kunde gå igenom detta för att få en snabb överblick om artikeln var relevant för syftet eller ej. Slutligen valdes 16 resultatartiklar ut som alla besvarar syftet med litteraturöversikten vilket anses som en styrka då resultatet stärks av flertalet artiklar. Författarna valde att begränsa sökningarna mellan årtalen 2008 till 2018. Detta för att sökningarna gav många träffar och författarna ville ha relevant forskning i sin litteraturöversikt.

Resultatartiklarna består av sju kvalitativa artiklar, åtta kvantitativa och en artikel med mixed method. Fördelen med att det förekommer både kvalitativa och kvantitativa studier i litteraturöversikten är att resultatet beskrivs både utifrån ett kvalitativt och ett kvantitativt perspektiv samt att det breddar resultatet. Sju av artiklarna i resultatet är baserade på svenska studier vilket gör att litteraturöversikten får ett resultat som är applicerbart på vården i

Sverige. Andra länder som är representerade är Island, Norge, USA, Slovenien, Nederländerna, Spanien och Kanada.

Då författarna har arbetat inom hjärtsjukvården ansågs det finnas en risk att litteraturöversikten influerats av författarnas förförståelse och förutfattade meningar. Författarnas förförståelse kan ses som en svaghet och kan ha påverkat valet av artiklar, sökord, meningsbärande enheter och teman. Författarna har varit medvetna om att deras förförståelse kan ha påverkat metodens alla delar. Dock anser författarna att med tanke på att de varit medvetna om detta har de i största möjliga mån förhållit sig kritiska i alla delar av metoden. De anser även att de kontinuerligt genom datainsamling och analys kommit fram till välarbetade nyckelord och teman.

I granskningen av artiklarna framkom det att alla var etiskt granskade av en kommitté eller omfattades av etiska ställningstaganden. Att artiklarna var etiskt granskade ansågs av författarna vara en styrka för litteraturöversiktens kvalitet. Enligt Wallengren och Henricson (2012) ökar det vetenskapliga värdet om arbetet inkluderar artiklar som har omfattats av etiska ställningstaganden.

Författarna till denna litteraturöversikt har haft ett gott samarbete under hela arbetsprocessen. Genom en god kommunikation och ständiga diskussioner har författarna arbetat med varje del tillsammans vilket har det underlättat skrivprocessen.

Resultatdiskussion

I litteraturöversiktens resultat framkom det att patienternas erfarenheter av att överleva hjärtstopp påverkade deras syn på livet. Fysiska och psykiska svårigheter var något som framkom i samtliga artiklar. Smärta och fysiska begränsningar efter återupplivningen hade en stark påverkan på patienternas upplevelse av livskvaliteten där smärta relaterat till revbensfrakturer var vanligt. Frakturerna och smärtan påverkade patienternas rörelseförmåga negativt. Detta bekräftas av en kvantitativ finsk studie från 2017 som förklarar att smärta relaterat till revbensfrakturer var den vanligaste åkomman efter återupplivning vid hjärtstopp (Setälä et.al., 2018). Som sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om den smärta som uppkommer i samband med hjärt- och lungräddning och hur det begränsar patientens fysiska kapacitet. Då det redan är en traumatisk upplevelse för patienten kan sjuksköterskan lindra smärta och stödja patienten till fortsatt rehabilitering genom att vara uppmärksam på patientens smärta. Tidig smärtlindring samt adekvat information om vad patienten kan förvänta sig för fysiska begränsningar kan underlätta återhämtningen. Genom att tidigt ta kontakt med en fysioterapeut kan patienten få hjälp att finna ett bra träningsprogram som kan underlätta patientens vardag då patienten är mer förberedd för utskrivning. Den fysiska

begränsningen som flertalet patienter upplevde grundade sig i både rädsla för smärta och obehag men också för hur den fysiska ansträngningen skulle påverka deras hjärta. Fysisk aktivitet skulle komma att bli en måttstock på patienternas återhämtning. I en kvalitativ studie beskriver de hur fysisk aktivitet fick patienterna att bli mer självsäkra med sin kropp och uppskatta fysisk aktivitet igen (Simonj, Pedersen, Dreyer, & Birkelund, 2015). Fysisk aktivitet hade en positiv inverkan i patienternas sökande efter välbefinnande. Då den fysiska begränsningen tydligt påverkat livskvaliteten för patienterna gör att rehabiliteringen efter utskrivning möjligen bör innefatta fysisk aktivitet, eventuellt på recept för att patienterna skall kunna återgå till sitt vanliga liv med en god livskvalitet så snabbt som möjligt.

Psykiska svårigheter hade en mer negativ påverkan på patienternas livskvalitet än de fysiska begränsningarna där framträdande känslor var oro och ångest. Att livskvaliteten påverkas av både fysiska och psykiska aspekter bekräftas i flera studier (Haydon, van der Riet, & Maguire, 2017; Hofgren, Lundgren-Nilsson, Esbjörnsson, & Sunnerhagen, 2008). Depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom var något som begränsade patienterna i deras vardag under en längre tid. Frustration över den nya livssituationen uttrycktes i känslor som ilska, att ha nära till gråt och energilöshet som påverkade rehabiliteringen. En patientgrupp som i större utsträckning upplevde kognitiva svårigheter och ångest var kvinnorna. I en kvantitativ studie av Grace, Grewal, Arthur, Abramson & Stewart (2008) framkom det att genom fysisk aktivitet minskade kvinnornas ångest och depressiva symtom i jämförelse med de kvinnor som inte deltog i fysisk aktivitet som rehabilitering.

Vid en mer strukturerad eftervård kan sjuksköterskan vid möte med patienten fånga upp tidiga psykiska symtom på exempelvis posttraumatisk stress och erbjuda samtal och behandling för att undvika lidande. Om sjuksköterskan är medveten om dessa psykiska påfrestningar kan vården arbeta fram en prevention för psykisk ohälsa i relation till det trauma ett hjärtstopp innebär för patienten. Skärsäter (2014) förklarar att fysisk aktivitet vid psykisk ohälsa kan reducera depression, ångest och stress genom att den fysiska aktiviteten bryter negativa tankemönster samt förbättrar den fysiska förmågan. I en kvalitativ artikel av Knapen, Vancampfort, Moriën & Marchal (2014) beskriver de att fysisk aktivitet förbättrar både den fysiska hälsan men också patientens kroppsbild, livskvalitet och copingstrategier. Därav bör fysisk aktivitet införlivas i eftervården för att kunna motivera patienten och förbättra deras upplevda livskvalitet samt minska risken för psykisk ohälsa. Eftervården skulle behöva utforma en individanpassad vård där patienten har en kontaktperson som kan besvara frågor och funderingar samt håller i patientens uppföljning vilket gör att patienten får en trygg punkt i vården. Detta kan skapa en bättre relation mellan sjuksköterskan och patienten där sjuksköterskan har lättare att tidigt upptäcka förändringar i patientens mående. Watson

beskriver i sin teori vikten av att sjuksköterskan är närvarande och lyssnar på patienten för att nå en gemensam förståelse (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Genom att sjuksköterskan stannar upp och lyssnar på patientens upplevelse av situationen kan det skapa en trygghet för patienten som då känner sig sedd och hörd. Detta kan resultera i att patienten blir mer involverad i sin vård och kan hjälpa till att beskriva sina behov för att få en förbättrad livskvalitet och hälsa.

Minnesproblematik ledde till känslor av rädsla och osäkerhet hos patienterna och påverkade deras förmåga att delta i det sociala livet. Att livskvaliteten påverkades negativt av minnesproblematik bekräftades av flertalet studier som beskriver livskvalitet efter livsuppehållande behandling (Cronberg, Lilja, Rundgren, Friberg, & Widner, 2009; Green, Botha, & Tiruvoipati, 2015; Haydon et.al., 2017). Svårigheter att minnas hjärt- och lungräddningen ökade patienternas osäkerhet vilket ledde till en upplevelse av kontrollförlust. Det väckte frågor om vad som hade hänt och en känsla av att döden hade varit nära. I en kvalitativ studie av Haydon et. al., (2017) som beskriver livskvaliteten efter hjärt- och lungräddning bekräftas patienternas osäkerhet till följd av minnesförlusten. Att vakna upp till en ny verklighet utan minnen beskrevs som skrämmande och svår att förstå.

Sjukvårdspersonalen fyller därför en viktig funktion om att ge information till de överlevande för att hjälpa till att reparera tidslinjen och fylla i minnesluckorna. Att sjukvårdspersonal fyller en viktig funktion bekräftas i resultatet då deras återberättande av hjärtstoppet var en viktig del i återhämtningen för patienterna. För att en sjuksköterska skall kunna skapa en god vårdrelation med en patient behöver sjuksköterskan och patienten mötas bortom sina roller, alltså endast som två människor i ett möte med varandra (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). För att främja vårdrelationen finns en etisk uppmaning till sjuksköterskan att lämna utrymme i mötet för att patienten skall få utrymme att reagera och ta till sig information. Detta kan resultera i att patienten blir mer delaktig i sin vård. I resultatet framkom att flertalet patienter upplevde ett bristande bemötande från sjukvårdspersonalen efter hjärtstoppet och hade många obesvarade frågor kvar vid utskrivningen. Watsons fjärde caritasprocess handlar om hur viktigt mötet med patienten är och att en god vårdrelation inte får patienten att känna sig kränkt, tillintetgjord eller övergiven. Sjuksköterskan behöver medvetet kunna rikta hela sin uppmärksamhet mot patienten och lyssna på vad patienten säger (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Genom att vara medvetet närvarande i mötet kan sjuksköterskan skapa en trygghetskänsla där patienten upplever sig sedd och respekterad. Därav kan sjuksköterskan också uppmärksamma tidiga tecken och symtom samt stödja patienten i sin återhämtning.

I resultatet framkom det att patienternas livskvalitet påverkades av flera olika faktorer efter hjärtstoppet. Att spendera tid med familj och att återgå till arbetet var två centrala delar som

ökade patienternas livskvalitet. Dahlberg och Segesten (2010) förklarar att en individ som upplever en god hälsa och livskvalitet känner jämvikt och harmoni och att livet har ett sammanhang. Att drabbas av en sjukdom och dess följder kan påverka denna harmoni och på så sätt påverka upplevelsen av hälsa och livskvalitet.

Att tillhöra en grupp där erfarenheter och upplevelser kunde utbytas var en viktig del för återhämtningen och den sociala samvaron. Vikten av familj för patienter som upplevt hjärtstopp bekräftas i en kvalitativ studie (Aase Schaufel, Nordrehaug, & Malterud, 2011). Att umgås med familj och vänner fick patienterna att känna sig omhändertagna och det gav dem stöd. Studien bekräftar även att patienterna fick hopp av att tala med personer som hade genomgått samma sak. Att umgås med barn och barnbarn lyftes av flertalet patienter som en inspirationskälla till att fortsätta leva. Här kan sjuksköterskan tillgodose patientens behov genom att introducera en stödgrupp. Då blir sjuksköterskan involverad och kan följa patientens alla steg i sin återhämtning samt att patienten får möjlighet att samtala med andra människor som också har överlevt hjärtstopp. Stödgruppen kan vara ett bra sätt för patienten att få dela med sig av sina erfarenheter då det framkom i resultatet att vissa patienter inte ville oroa sina anhöriga genom att prata om sina erfarenheter. Lislund Smedbye (2005) beskriver hur sjukdom kan leda till att patienter får ett begränsat socialt nätverk vilket kan påverka patientens hälsa negativt. Patienter som upplever att de har ett bra socialt stöd omkring sig kan få en ökad upplevelse av en god livskvalitet och hälsa. Något som också påverkade patienternas livskvalitet var önskan att återfå sitt gamla liv och att återgå till arbetet. I en kvantitativ dansk studie från 2015 där 769 patienter i arbetsför ålder ingick visade att över 75 procent återgick till arbetet efter hjärtstoppet (Kragholm et.al., 2015). Att återgå till arbetet visade sig vara en väsentlig del i att fortsätta vara en del av samhället där lön bidrog till ökad upplevelse av självständighet. I en kvalitativ studie visade det att patienterna efter hjärtstoppet blev identifierade av samhället som allvarligt sjuka (Aase Schaufel et.al., 2011). För patienterna var det därför viktigt att återgå till arbetet för att visa att de var självständiga och att hjärtstoppet inte begränsade dem i vardagen. Patienterna ville bli identifierade som starka personer som inte gav upp. Patienterna hade som mål att kunna utföra arbetsuppgifter vilket gav dem en prestationshöjande känsla. Patienterna ville känna sig behövda och att de utförde något meningsfullt, därför spelade arbetet en stor roll för patienternas upplevda livskvalitet. Sjuksköterskan kan här finnas som ett stöd och hjälpa patienten att återgå till arbetet. Genom reducerade arbetstider kan patienten tidigt gå tillbaka och återfå den sociala biten genom arbetsträning. Arbetstiden kan ökas på utefter patientens fysiska och psykiska återhämtning. Socialtjänstlagen (2001:453) har fastslagit att varje individ har rätt till en meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Vid fysiskt ansträngande arbeten bör arbetsuppgifterna i största

möjliga mån anpassas utefter patientens förutsättningar så att återgång till arbetet inte skapar ytterligare oro och ångest.

Att lära sig leva och acceptera döden var något som framkom i flertalet artiklar i resultatet. Patienterna såg livet ur en annan synvinkel då döden var en redan upplevd erfarenhet som de för alltid kommer att leva med. I en kvalitativ studie framkommer det att de patienter som överlevt hjärtstopp upplevde att döden var en levd erfarenhet som kommer följa dem för resten av livet (Haydon et. al., 2017). Vidare framkom det också att patienterna som hade överlevt hjärtstopp gick igenom en existentiell kris där frågor om meningen med livet framkom som en central del. Likt vårt resultat behövde patienterna lära sig att acceptera sin nya förändrade kropp och ta reda på vad deras nya identitet var. I Haydon et. al. (2017) resultat framkommer det också likt vårt att ingen av patienterna tar livet för givet och svårigheterna i det nya livet fanns i hur patienterna skulle skapa sig en ny vardag utifrån deras nuvarande förutsättningar.

De psykiska och fysiska begränsningarna som patienterna upplevde påverkade även deras sociala liv. De fysiska begränsningarna gjorde att patienterna inte orkade delta lika mycket. De psykiska begränsningarna så som de kognitiva nedsättningarna gjorde att patienterna inte ville vara med i samma utsträckning som tidigare. De blev mer medvetna om sina begränsningar och skärmade av sig från sin sociala krets. Det framkommer dock att flertalet patienter upplevde att det var bättre att få prata om hjärtstoppet med vänner och familj snarare än med sjukvårdspersonal. Frågan bör kanske ställas om patienterna inte ville prata i samma utsträckning med vårdpersonalen för att de inte kände sig trygga i den situationen och upplevde att de inte blev hörda. Det framkom i flertalet studier att patienterna kände sig som ett jobb som skulle utföras och när patienterna var utskrivningsklara så försvann det stöd de tidigare känt. Om en bättre vårdrelation mellan patient och sjuksköterska hade skapats hade kanske patienterna känt en större trygghet för vården och sökt stöd, inte bara hos familjen utan också hos vårdpersonalen. Watson (2007) förklarar att sjuksköterskor som är öppna för patientens känslor och tar sig tid att lyssna på dessa får en större insyn och förståelse för patientens livsvärld. Att vara öppen för patientens erfarenheter främjar vårdrelationen och leder till ökad återhämtning, trygghet och välbefinnande. Watson beskriver att i en vårdkontext kan det vara så att sjuksköterskan är den enda som har möjlighet att lyssna på patientens upplevelser och känslor.

Kliniska implikationer

I resultatet framkommer patienters erfarenheter av att ha överlevt hjärtstopp. De tankar och känslor som framkommit och varit mest centrala i resultatet är oro och ångest vilket kan kopplas till de fysiska begränsningar och kognitiva påverkan som hjärtstoppet har orsakat. För att kunna individanpassa vården och skapa en god vårdrelation med de patienter som överlevt hjärtstopp måste sjuksköterskan ha insikt om vilka känslor som patienterna kan komma att tampas med både på sjukhuset och efter utskrivning. Då det framkommit i resultatet att patienterna upplevt bristande information och stöd från vårdpersonalen anser författarna att litteraturöversiktens resultat kan ha betydelse för sjuksköterskor som kommer i kontakt med patienter som överlevt hjärtstopp. Litteraturöversiktens resultat kan även enligt författarnas förhoppning användas för att ge en ökad förståelse för patienternas erfarenheter av att överleva hjärtstopp. Genom en ökad förståelse kan omvårdnad och bemötande av denna patientgrupp främjas vilket kan leda till en bättre eftervård baserat på patienternas behov.

Förslag till fortsatt forskning

Det framkom vissa skillnader mellan män och kvinnor vid erfarenheter efter hjärtstopp. De främsta skillnaderna var att kvinnor i större utsträckning upplevde ångestproblematik och kognitiva nedsättningar. Resultaten kan vara missvisande då det också framkom att män inte talade med sjukvården i samma utsträckning som kvinnor. Då studierna tyder på en skillnad mellan könen bör vidare forskning göras utifrån ett genusperspektiv vid patienters erfarenheter av hjärtstopp. Detta för att kunna individanpassa vården och förbättra bemötandet för denna patientgrupp.

Eftervård och uppföljning efter hjärtstopp ser olika ut beroende på var i världen patienten bor och på vilket sjukhus som patienten vårdas. Det finns riktlinjer för hur eftervården och uppföljningen bör se ut men det framkommer att detta inte alltid efterföljs. Då överlevnadsstatistiken stiger för de som drabbats av hjärtstopp har det forskats mycket kring behandling vilket har gett tydliga och bra resultat. Dock utvecklas inte eftervården och uppföljningen i samma utsträckning vilket gör att alla inte får samma vård även om alla patienter har rätt till det. En större kontinuitet hos sjukhusen vid eftervård och uppföljning kan kanske bespara patienterna ångest och oro om de upplever att sjukvården har en tydlig plan för deras eftervård och uppföljning. Vidare forskning behövs för att skapa enhetliga vårdprogram som ger en kontinuitet för alla patienter oavsett vilket sjukhus de vårdas på.

Slutsats

Resultatet visar att erfarenheter av hjärtstoppet påverkar fysiska, psykiska och emotionella aspekter där hjärtstoppet medför ett trauma för patientens livsvärld och den levda kroppen. Upplevelsen av hälsa och livskvalitet påverkas av hjärtstoppet vilket resulterar i en förändrad livsstil och en ny syn på livet där bemötande från sjukvård och stöd av anhörig är en viktig del i återhämtningsprocessen.

Referensförteckning

- Aase Schaufel, M., Nordrehaug, J. E., & Malterud, K. (2011). Hope in action—facing cardiac death: A qualitative study of patients with life-threatening disease. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 6(1), 5917. <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i1.5917>
- American Heart Association. (2016). *Implantable Cardioverter Defibrillator*. Hämtad 27 Oktober, 2018, från <http://www.heart.org/en/health-topics/arrhythmia/prevention--treatment-of-arrhythmia/implantable-cardioverter-defibrillator-icd>
- Arrich, J., Holzer, M., Havel, C., Müllner, M., & Herkner, H. (2016). Hypothermia for neuroprotection in adults after cardiopulmonary resuscitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2. doi: 10.1002/14651858.CD004128.pub4
- Berglund, M., Westin, L., Svanström, R., & Sundler, A. (2012). Suffering caused by care—Patients' experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7(1), 18688. <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.18688>
- *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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.003>
- Cronberg, T., Lilja, G., Rundgren, M., Friberg, H., & Widner, H. (2009). Long-term neurological outcome after cardiac arrest and therapeutic hypothermia. *Resuscitation*, 80(10), 1119–1123. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.06.021>
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Donaldson, C. (2013). Hjärtstopp. I I, Wood., & M, Garner., (Red.). *Inledande omhändertagande av akut sjuka personer – en bok för sjuksköterskor*. (s.127-161). Lund. Studentlitteratur.
- Eikland, A., Haugland, T., & Stubberud, D-G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I A, Hallbjorg., D-G, Stubberud., & R, Gronseth. (Red.). *Klinisk omvårdnad 1*. (s.207-243). Liber AB.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2012) *Medicinska sjukdomar*. Lund. Studentlitteratur.
- *Forslund, A.-S., Jansson, J.-H., 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. <https://doi.org/10.1111/scs.12409>
- *Forslund, A.-S., Lundblad, D., Jansson, J.-H., Zingmark, K., & Söderberg, S. (2013). Risk factors among people surviving out-of-hospital cardiac arrest and their thoughts about

what lifestyle means to them: a mixed methods study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2261-13-62>

- *Forslund, A.-S., Zingmark, K., Jansson, J.-H., Lundblad, D., & Söderberg, S. (2014). Meanings of People's Lived Experiences of Surviving an Out-of-Hospital Cardiac Arrest, 1 Month After the Event: *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(5), 464–471. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182a08aed>
- Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I F, Friberg (Red). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.141-152) Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017b). Granskningsfrågor för kvalitativa respektive kvantitativa studier. I F, Friberg (Red). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.187-188) Lund: Studentlitteratur.
- Grace, S. L., Grewal, K., Arthur, H. M., Abramson, B. L., & Stewart, D. E. (2008). A Prospective, Controlled Multisite Study of Psychosocial and Behavioral Change Following Women's Cardiac Rehabilitation Participation. *Journal of Women's Health*, 17(2), 241–248. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0519>
- Green, C. R., Botha, J. A., & Tiruvoipati, R. (2015). Cognitive function, quality of life and mental health in survivors of out-of-hospital cardiac arrest: a review. *Anaesth Intensive Care*, 10.
- Haydon, G., van der Riet, P., & Maguire, J. (2017). Survivors' quality of life after cardiopulmonary resuscitation: an integrative review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 6–26. <https://doi.org/10.1111/scs.12323>
- HLR rådet. (2018). *Om hjärtstartare*. Hämtad 6 november, 2018, Från <https://www.hlr.nu/omhjärtstartare-2/>
- Hofgren, C., Lundgren-Nilsson, Å., Esbjörnsson, E., & Sunnerhagen, K. S. (2008). Two years after cardiac arrest; cognitive status, ADL function and living situation. *Brain Injury*, 22(12), 972–978. <https://doi.org/10.1080/02699050802491289>
- Isaksson, R.-M., Jansson, J.-H., Lundblad, D., Näslund, U., Zingmark, K., & Eliasson, M., (2011). Better long-term survival in young and middle-aged women than in men after a first myocardial infarction between 1985 and 2006. an analysis of 8630 patients in the Northern Sweden MONICA Study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2261-11-1>
- *Israelsson, J., Bremer, A., Herlitz, J., Axelsson, Å. B., Cronberg, T., Djärv, T., ... Årestedt, K. (2017). Health status and psychological distress among in-hospital cardiac arrest survivors in relation to gender. *Resuscitation*, 114, 27–33. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.02.006>
- Jensen-Urstad, M., & Linde, C. (2015). Plötslig hjärtdöd. I P. Insulander & M. Jensen-Urstad. (Red.). *Arytmier: Mekanismer, utredning och behandling*. (s.175-179).Lund; Studentlitteratur.
- Karlsson, E.-K. (2012). Informationssökning. I M, Henricson. (Red.). *Vetenskaplig teori och*

metod: från idé till examination inom omvårdnad. (s.95-113). Lund. Studentlitteratur.

*Ketilsdottir, A., Albertsdottir, H. R., Akaadottir, 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. <https://doi.org/10.1177/1474515113504864>

Kim, W-Y., Giberson, T-A., Uber, A., Berg, K., Cocchi, M-N., & Donnino, M-W. (2014). Neurologic outcome in comatose patients resuscitated from out-of-hospital cardiac arrest with prolonged downtime and treated with therapeutic hypothermia. *Resuscitation*, 85(8): 1042–1046. doi:10.1016/j.resuscitation.2014.04.005

*Klemenc-Ketis, Z. (2013). Life Changes in Patients After Out-of-Hospital Cardiac Arrest: The Effect of Near-Death Experiences. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(1), 7–12. <https://doi.org/10.1007/s12529-011-9209-y>

Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2014). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and rehabilitation: an international, multidisciplinary journal*. DOI: 10.3109/09638288.2014.972579

Kjellström, S., (2012). Forskningsetik. I M, Henricson., (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad.* (s.69-90). Lund: Studentlitteratur.

Kragholm, K., Wissenberg, M., Mortensen, R. N., Fonager, K., Jensen, S. E., Rajan, S., ... Rasmussen, B. S. (u.å.). Return to Work in Out-of-Hospital Cardiac Arrest Survivors, 9.

Leary, M., Schweikert, W., Neefie, S., Tsypenyuk, B., Falk, S-A., & Holena, D-N. (2016). Improving providers role definitions to decrease overcrowding and improve in-hospital cardiac arrest response. *American Journal of Critical Care*. 25(4): 335-339. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2016195>

*Lim, C., Verfaellie, M., Schnyer, D., Lafleche, G., & Alexander, M. (2014). Recovery, long-term cognitive outcome and quality of life following out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(7), 691–697. <https://doi.org/10.2340/16501977-1816>

Lislerud Smebye, K. (2005). Kontakt med andra. I N, Jahren Kristoffersen., F, Nortvedt & E-A, Skaug (Red.). *Grundläggande omvårdnad: Del 3.* (s. 80-117). Liber. Stockholm.

Morais, D-A., Carvalho, D-V., & Correa, A-DR. (2014). Out-of-hospital cardiac arrest: determinant factors for immediate survival after cardiopulmonary resuscitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4):562-8. DOI: 10.1590/0104-1169.3453.2452

*Moulaert, V. R. M., van Heugten, C. M., Gorgels, T. P. M., Wade, D. T., & Verbunt, J. A. (2017). Long-term Outcome After Survival of a Cardiac Arrest: A Prospective Longitudinal Cohort Study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 31(6), 530–539. <https://doi.org/10.1177/1545968317697032>

- *Moulaert, V., Wachelder, E., Verbunt, J., Wade, D., & van Heugten, C. (2010). Determinants of quality of life in survivors of cardiac arrest. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(6), 553–558. <https://doi.org/10.2340/16501977-0547>
- Nielsen, N., Wetterslev, J., Cronberg, T., Erlinge, D., Gasche, Y., Hassager, C., ... Friberg, H., (2013). Targeted Temperature Management at 33°C versus 36°C after Cardiac Arrest. *The New England Journal of Medicine*. 369(23):2197-2206. doi: 10.1056/NEJMoa1310519
- Nolan P, J., Soar, J., Cariou, A., Cronberg, T., Maulert R.M, V., Deakin D, C., ... Sandroni, C (2015). *European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines for Post-resuscitation Care 2015 Section 5 of the European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*. European Resuscitation Guidelines. Hämtad 6 november, 2018. Från https://cprguidelines.eu/sites/573c777f5e61585a053d7ba5/content_entry573c77e35e61585a053d7baf/573c780e5e61585a083d7bcc/files/S0300-9572_15_00330-5_main.pdf?
- *Palacios-Ceña, D., Losa-Iglesias, M. E., Salvadores-Fuentes, P., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2011). Sudden cardiac death: the perspectives of Spanish survivors: Spanish sudden cardiac death experiences. *Nursing & Health Sciences*, 13(2), 149–155. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00593.x>
- Persson, J., & Stagmo, M. (2017). *Perssons kardiologi; Hjärtsjukdomar hos vuxna*. Studentlitteratur: Lund
- *Raina, K. D., Rittenberger, J. C., Holm, M. B., & Callaway, C. W. (2015). Functional Outcomes: One Year after a Cardiac Arrest. *BioMed Research International*, 2015, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2015/283608>
- Reynolds, J-C., Frisch, A., Rittenberger, J-C., & Callaway, C-W. (2013). Duration of Resuscitation Efforts and Functional Outcome after Out-of-Hospital Cardiac Arrest: When Should We Change to Novel Therapies?. *NIH Public Access*, 128(23): 2488-2494. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.113.002408.
- Rosén, M. (2015). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.429-444). Lund: Studentlitteratur.
- Segesten, K. (2017). Användbara texter. I F, Friberg. (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.49-58). Lund. Studentlitteratur.
- Setälä, P., Hellevo, H., Huhtala, H., Kämäräinen, A., Tirkkonen, J., & Hoppu, S. (2018). Risk factors for cardiopulmonary resuscitation-related injuries sustained during out-of-hospital cardiac arrests. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 62(9), 1290–1296. <https://doi.org/10.1111/aas.13155>
- Simoný, C. P., Pedersen, B. D., Dreyer, P., & Birkelund, R. (2015). Dealing with existential anxiety in exercise-based cardiac rehabilitation: a phenomenological-hermeneutic study of patients' lived experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17–18), 2581–2590. <https://doi.org/10.1111/jocn.12867>

- Sitzman, K., & Watson, J. (2014). *Caring science, mindful practice: implementing Watson's human caring theory*. New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.
- Skärsäter, I. (2014). Förstämningssyndrom. I I, Skärsäter (Red.). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. (s.99-127). Lund. Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen (2015). Hjärtsjukvård - nationella riktlinjer utvärdering 2015; rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Hämtad 20 November, 2018. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19954/2015-12-5.pdf>
- SoL 2001:453. Socialtjänstlagen. Hämtad 20 December, 2018. Från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2012). Hämtad 24 Oktober, 2018. Från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>
- Svenska hjärt-lungräddningsregistret (2017). *Årsrapport 2017*. Hämtad 28 november, 2018, Från <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2018/02/Svenska-HLR-registret-%C3%A5rsrapport-2017.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening (2017a). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Hämtad 12 Oktober, 2018, Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening (2017b). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 12 Oktober, 2018, Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- *Uren, A., & Galdas, P. (2015). The experiences of male sudden cardiac arrest survivors and their partners: a gender analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 349–358. <https://doi.org/10.1111/jan.12499>
- *Viktorisson, A., Sunnerhagen, K. S., Pöder, U., Herlitz, J., & Axelsson, Å. B. (2018). Well-being among survivors of out-of-hospital cardiac arrest: a cross-sectional retrospective study in Sweden. *BMJ Open*, 8(6), e021729. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021729>
- Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.481-496). Lund: Studentlitteratur.
- Watson, J., (2007). Watsons theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/ caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2007 Jan-Mar; 16(1): 129-35. doi: 10.1590/S0104-07072007000100016}

- Watson, J., & Grundberg, T. (1993). *En teori för omvårdnad: omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård: Omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Studentlitteratur: Lund.
- World Health Organization. (2018). Hämtad 6 November, 2018. Från <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zelias, A., Stepinska, J., Andres, J., Trabka-Zawicki, A., Sadowski, J., & Zmudka, K., (2014). Ten-year experience of an invasive cardiology centre with out-of-hospital cardiac arrest patients admitted for urgent coronary angiography. *Kardiologia Polska*, 72, 8: 687–699; doi: 10.5603/KP.a2014.0088
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.59-82). Lund: Studentlitteratur.
- *Ørbo, M., Aslaksen, P., Larsby, K., Schäfer, C., Tande, P., Vangberg, T., & 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. <https://doi.org/10.2340/16501977-1998>

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL Complete 20181009	“Cardiac arrest” AND survivors AND experience*	8	Full text, Peer reviewed, Abstract available, Published date 2008-2018, English language	3	1	Klemec-Ketis, Z., (2011).
CINAHL Complete 20181009	“Cardiac arrest” AND “quality of life”	23	Full text, Peer reviewed, Abstract available, Published date 2008-2018, English language	6	3	Raina, K-D., Rittenberger, J-C., Holm, M-B. & Callaway C-W., (2015).
PubMed 20181009	“Out of hospital cardiac arrest”AND lived experiences	5	Abstract, publication date 2008-2018	2	2	Forslund, AS., Zingmark, K., Jansson, JH., Lundblad, D. & Söderberg, S., (2014). Forslund, AS., Jansson, JH., Lundblad, D. & Söderberg, S., (2017).
PubMed 20181009	“Out of hospital cardiac arrest” AND quality of life AND Survivors	53	Abstract, Full text, publication date 2008-2018	15	8	Viktorisson, A., Sunnerhagen, KS., Pöder, U., Herlitz, J. & Axelsson, ÅB., (2018). Ørbo, M., Aslaksen, P-M., Larsby, K., Schäfer, C., Tande, P-M., Vangberg, T-R. & Anke, A. (2015) Lim, C., Verfaellie,

						M., Schnyer, D., Lafleche, G. & Alexander, MP. (2014).
PubMed 20181009	Heart arrest AND survivors AND quality of life AND rehabilitation	36	Abstract, Full text, publication date 2008-2018	26	5	Moulaert, VRM., van Heugten, CM., Gorgels, TPM., Wade, DT., & Verbunt, JA. (2017).
CINAHL Complete 20181009	"Out of hospital cardiac arrest" AND Emotion* AND Qualitative	7	Peer reviewed, Abstract available, publication date 2008-2018	2	2	Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L. (2009).
CINAHL Complete 20181009	"Out of hospital cardiac arrest" AND Emotion* AND Patient*	14	Peer reviewed, Abstract available, publication date 2008-2018	3	2	Uren, A. & Galdas, P. (2014).
PubMed 20181009	MeSH Terms: Heart arrest AND coping	31	Abstract available, full text, publication date 2008-2018	10	4	Brännström, M., Niederbach, C., & Rödin A-C., (2018). Palacios-Cena, D., Losa-Iggesias, M-E., Salvadores-Fuentes, P., & Fernández-de-las-Peñas, C., (2011).
PubMed 20181011	Sudden cardiac arrest AND survivors AND experience	19	Publication date 2008-2018	7	2	Kettildottir, A., Albertsdottir, HR., Akadottir, SH., Gunnarsdottir, TJ., & Jonsdottir, H., (2014).
PubMed 20181012	MeSH Terms: Heart arrest AND quality of life*	130	Abstract available, full text, publication date 2008-2018	21	8	Moulaert, VRM., Watchelder, Em., Verbunt, Ja., Wade, Dt., & van Heugten, Cm. (2010).
PubMed 20181020	("cardiac arrest") AND survivors*) AND quality of life*	106	Abstract available, full text, publication date 2008-2018	25	6	Israelsson, J., Bremer, A., Herlitz, J., Axelsson, Å-B., Cronberg, T., Djärv,

						T., Kristofferzon, M-L., Larsson, I-M., Lilja, G., Sunnerhagen, K-S., Wallin, E., Ågren, S., Åkerman, E., & Årestedt, T. (2017).
PubMed 20181029	“out-of-hospital cardiac arrest” AND lifestyle	34	Abstract available, full text, publication date 2008-2018	10	3	Forslund, A-S., Lundblad, D., Jansson, J-H., Zingmark, K., & Söderberg, S. (2013)
			Totalt:	130	46	16

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L	To survive Out-Of- Hospital Cardiac Arrest: A Search for Meaning and Coherence	2009, Sverige, Qualitative Health Research	Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelse av att ha överlevt hjärtstopp som har skett utanför sjukhuset.	Metod: Kvalitativ, deskriptiv och explorativ design grundad i livvärldsfenomenologi och vårdvetenskap. Urval: Inkluderar åtta män samt en kvinna i åldrarna 44 år och 70 år som har överlevt hjärtstopp utanför sjukhuset. Datainsamling: Intervjuer Analys: insamlad data transkriberades och kategoriserades i olika teman.	Patienterna beskrev sin upplevelse som att de i den akuta fasen inte kunde förstå att de drabbades av ett livshotande tillstånd. De beskriver känslor av ett yttre och inre kaos samt känslor av hjälplöshet och rädsla för att drabbas av ett nytt hjärtstopp. De beskriver händelsen som livsomvälvande.
Brännström, M., Niederbach, C. & Rödin, A-C	Experiences of surviving a cardiac arrest after therapeutic hypothermia treatment. An interview study	2018, Sverige, International Emergency Nursing	Syftet med studien var att beskriva patienters erfarenheter av att överleva hjärtstopp efter behandling med terapeutisk hypotermi.	Metod: Beskrivande kvalitativ design. Urval: Sju personer deltog i studien varav sex var män och en kvinna i åldrarna 29 till 79 år gamla. Datainsamling: individuella intervjuer. Analys: insamlad data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Transkriberades och delades in i teman.	Deltagarna beskrev att de hade olika långa minnesförluster efter hjärtstoppet och att det var en viktig del i deras återhämtning att fylla dessa luckor. De beskrev också att de hamnade i en beroendesituation efter hjärtstoppet där de var i ständigt behov av andra för att klara sig.
Forslund, A-S., Jansson, J-H., Lundblad, D., & Söderberg, S.,	A second chance at life: people's lived experiences of surviving out-of- hospital cardiac arrest	2017, Sverige, Scandinavian Journal of Caring Sciences	Syftet var att belysa betydelsen av patienters erfarenheter och förändringar i vardagen 1 år efter hjärtstopp utanför sjukhuset.	Metod: Kvalitativ longitudinell design Urval: 11 personer (2 kvinnor, 9 män) från norra Sverige som överlevt hjärtstopp utanför sjukhuset deltog i studien. De intervjuades 6-12 månader efter hjärtstoppet. Datainsamling: intervjuer Analys: Intervjuerna analyserades med fenomenologisk hermeneutisk	Patienterna upplevde fysiska begränsningar och undvek fysisk aktivitet på grund av ångest och rädsla för smärta. Patienterna upplevde stort behov att söka fakta om händelsen på grund av de inte har några egna minnen av hjärtstoppet. Funderingar om meningen med livet och om patienten kunde ha levt eller gjort annorlunda för att undvika hjärtstoppet kom också fram i studien.

				tolkningsmetod.	
Forslund, A-S., Lundblad, D., Jansson, J-H., Zingmark, K., & Söderberg, S.	Risk factors among people surviving out-of-hospital cardiac arrest and their thoughts about what lifestyle means to them: a mixed methods study	2013, Sverige, BMC Cardiovascular Disorders	Syftet med studien var att beskriva riskfaktorer och livsstil hos patienter som överlevt hjärtstopp.	Metod: Mixed-method Urval: 71 personer som registrerats i det norra svenska MONICA-myokardregistret mellan åren 1989-2007. Datainsamling: Frågeformulär. Analys: intervjuerna analyserades med en kvalitativ manifesinnehållsanalys.	I studien framkom tre huvudkategorier: livsstilens betydelse, förändring av livsstilen till den nya livssituationen och en förändrad syn på livet. Efter hjärtstoppet beskrev deltagarna att de kände rädsla över att utföra aktiviteter på egen hand men att det var viktigt att trotsa denna rädsla och inte leva i rädsla över att dö. Det var viktigare för deltagarna att ta vara på livet än att leva i rädsla.
Forslund, AS., Zingmark, K., Jansson, JH., Lundblad, D. & Söderberg, S	Meanings of people's lived experiences of surviving an out-of-hospital cardiac arrest, 1 month after the event.	2014, Sverige, Journal of cardiovascular nursing	Syftet med studien var att belysa patienters erfarenheter av att ha överlevt hjärtstopp, 1 månad efter händelsen.	Metod: Fenomenologisk hermeneutisk design (kvalitativ). Urval: 11 deltagare varav 2 kvinnor och 9 män. Datainsamling: Intervjuer Analys: insamlad data transkriberades och kategoriserades i olika teman och subteman enligt strukturerad analys.	Deltagarna beskriver att de bara har fragment av minnen före och efter hjärtstoppet. Deltagarna kände tacksamhet över att de inte var ensamma och att de hade fått en andra chans i livet och det var inte deras tid att dö. Hjärtstoppet gjorde dem medvetna om deras dödlighet.
Israelsson, J., Bremer, A., Herlitz, J., Axelsson, Å-B., Cronberg, T., Djärv, T., Kristofferzon, M-L., Larsson, I-M., Lilja, G., Sunnerhagen, K-S., Wallin, E., Ågren, S., Åkerman, E., & Årestedt, T.	Health status and psychological distress among in-hospital cardiac arrest survivors in relation to gender	2017, Sverige, Resuscitation	Syftet var att beskriva hälsostatus och besvär som avser ångest och depression hos patienter som överlevt hjärtstopp på sjukhus i relation till deras kön.	Metod: Tvärsnittsstudie. Kvantitativ Urval: 594 patienter som överlevt hjärtstopp på sjukhus mellan åren 2013-2015. Datainsamling: Frågeformulär Analys: Deskriptiv statistik. Mann-whitney u-test och eta square test användes för att identifiera och jämföra hälsostatus och psykologiska besvär mellan kvinnor och män.	Ångest och depression rapporterades av över hälften av deltagarna. Smärta och obehag var största orsaken till försämrad hälsa. Problem att utföra dagliga aktiviteter rapporterades hos mindre än hälften av deltagarna. Kvinnorna rapporterade att de hade sämre hälsostatus än männen inom alla områden.
Ketilsdottir, A., Albertsdottir, H-R., Akadottir, S-H.,	The experience of sudden	2014, Island, European Journal of Cardiovascular Nursing	Syftet var att beskriva patienters erfarenheter av plötsligt hjärtstopp för att få	Metod: Fenomenologisk studie (kvalitativ). Urval: Sju män, 50-54 år	Deltagarna upplevde en trygghet på avdelningen och därav uppkom känslor av osäkerhet när de blev

Gunnarsdottir, T-J., & Jonsdottir, H.	cardiac arrest: Becoming reawakened to life		kunskap om hur denna erfarenhet påverkar patienternas behov och problem.	Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Intervjuerna transkriberades och analyserades.	utskrivna och en rädsla för att drabbas av ytterligare hjärtstopp. Deltagarna upplevde en försämrad kognitiv och fysisk förmåga vilket alla strävade efter att förbättra för att kunna återgå till sitt vanliga liv. Det framkom att deltagarna upplevde det svårt att kontrollera sina känslor. Det uppkom känslor så som ångest och rädsla. Deltagarna beskrev att de värderade livet annorlunda efter hjärtstoppet och gjorde stora förändringar i vanor för att framförallt minska stressen i vardagen.
Klemec-Ketis, Z	Life Changes in Patients After Out-of-Hospital Cardiac Arrest - The Effect of Near-Death Experiences	2011, Slovenien, International Journal of Behavioral Medicine	Syftet med studien var att undersöka samband mellan nära döden upplevelser och livsstilsförändringar 6 månader efter hjärtstopp som skett utanför sjukhuset.	Metod: Prospektiv observationsstudie (kvantitativ) Urval: 37 patienter. 29 manliga och 8 kvinnliga i åldrarna 22-81 år, 6 månader efter att de överlevt hjärtstopp utanför sjukhuset. . Datainsamling: Enkätundersökningar Analys: Skedde enligt Mann-Whitney test.	Den grupp som inte haft en nära döden upplevelse upplevde inte omfattande livsstilsförändringar av hjärtstoppet. Den grupp som däremot upplevt nära döden upplevelse som orsakades av hjärtstoppet visar på signifikanta förändringar i patienternas liv som rör ämnen som; tolerans för andra, förståelse för sig själv, uppskattning av naturen, känner att det finns en inre mening i livet och oro med frågor om social rättvisa. Denna patientgrupp upplevde att stöd och professionell hjälp från sjukvården var viktigt.
Lim, C., Verfaellie, M., Schnyer, D., Lafleche, G. & Alexander, MP.	Recovery, long-term cognitive outcome and quality of life following out-of-hospital cardiac arrest	2014, USA, Journal of Rehabilitation Medicine	Syftet var att undersöka patienters återhämtning, kognitiva förmåga och livskvalitet efter hjärtstopp som skett utanför sjukhuset	Metod: Konsekutiv kohort studie. (kvantitativ) Urval: 25 patienter, både män och kvinnor Datainsamling: Mätinstrument SIP68 (sickness impact profile short form). Frenchay activity index. Analys: För att utvärdera resultaten användes MANOVA	Patienterna som hade haft hjärtstopp upplevde försämringar relaterade till deras livskvalitet och kognitiva förmåga. Dessa försämrade hälsoeffekter kunde relateras till hur länge de hade legat i koma och hur stora deras minnesförluster var.
Moulaert, VRM.,	Long-term	2017, Nederländerna,	Syftet var att undersöka hur	Metod: Prospektiv longitudinell	I resultatet framkom att det fanns

van Heugten, CM., Gorgels, TPM., Wade, DT., & Verbunt, JA	Outcome After Survival of a Cardiac Arrest: A Prospective Longitudinal Cohort Study	Neurorehabilitation and Neural Repair	patienters återhämtning ser ut ett år efter att ha överlevt hjärtstopp	kohortstudie. Kvantitativ. Urval: 141 personer inkluderades i studien. 119 personer var av manligt kön och 22 personer var av kvinnligt kön. Datainsamling: Insamling av data skedde genom att ta del av medicinska variabler som registrerades på sjukhus Analys: Statistisk analys utfördes med användning av IBM SPSS Statistics for Windows, version 22.0.	signifikanta förbättringar på deltagarnas kognitiva funktion efter två veckor dock upplevde 13 procent av deltagarna en fortsatt försämrad kognitiv funktion efter ett år. 15 procent upplevde ångest och depression samt 28 procent upplevde symtom på posttraumatiskt stressyndrom. 52 procent upplevde fatigue Det fanns betydande positiva effekter på hjärtfunktionen under tid.
Moulart, Vrmpp., Watchelder, Em., Verbunt, Ja., Wade, Dt., & van Heugten, Cm.	Determinants of quality of life in survivors of cardiac arrest	2010, Nederländerna, Journal of Rehabilitation Medicine	Syftet var att studera faktorer som rör livskvalitet hos personer som överlevt hjärtstopp.	Metod: Retrospektiv kohortstudie. Kvantitativ. Urval: 88 deltagare Datainsamling: Enkäter Analys: Deskriptiv statistik	Studien visar att hjärtstopp utanför sjukhuset har en påverkan på deltagarnas livskvalitet. Den mentala livskvaliteten påverkas mer än den fysiska livskvaliteten där ångest, depression, posttraumatisk stress, trötthet, svårigheter med dagliga aktiviteter och kognitiva nedsättningar var några ämnen som deltagarna ansåg sig ha svårigheter med.
Palacios-Ceña, D., Losa-Igglecias, M-E., Salvadores-Fuentes, P., & Fernández-de-las-Peñas, C., (2011)	Sudden cardiac death: the perspective of Spanish survivors	2011, Spanien, Nursing and Health Science	Syftet med studien var att undersöka livserfarenheter hos patienter som återupplivats och överlevt hjärtstopp.	Metod: En kvalitativ fenomenologisk studie Urval: Nio stycken deltagare Datainsamling: Genom ostrukturerade intervjuer samt via dagböcker som inkom till forskarna via brev eller digitalt. Analys: Alla intervjuer transkriberades och all data analyserades.	Deltagarna beskrev att existentiella frågor uppkom efter deras hjärtstopp. De beskrev att de efter hjärtstoppet behövde lära sig att leva med att döden var en verklighet de redan hade erfärut. Deltagarna beskriver frustration och arga över att de inte kunde fortsätta leva på samma sätt som de gjorde innan de drabbades av hjärtstoppet. Vissa deltagare beskrev en känsla av ensamhet över övergivenhet efter att de blivit utskrivna från sjukhuset.
Raina, K-D., Rittenberger, J-C., Holm, M-B. & Callaway C-W	Functional Outcomes: One Year after a	2015, USA, Hindawi Publishing Corporation, BioMed Research International	Syftet var att karakterisera tidsförloppet vid återhämtning av försämring, patienters begränsningar,	Metod: Longitudinell observationsstudie. Kvantitativ. Urval: 29 deltagare, vuxna över 18 år som överlevt hjärtstopp.	Resultatet visar att rehabiliteringen för deltagarna pågick under flera månader efter att de blev utskrivna från sjukhuset och att många deltagare

	Cardiac Arrest		funktionshinder samt livskvalité under det första året efter hjärtstoppet.	Datainsamling: Longitudinella data förvärvades vid olika tidpunkter med hjälp av flera mätinstrument. Analys: Deskriptiv statistik genererades för alla data. För att jämföra data användes ANOVA (Analysis of variance)	upplevde ett långsiktigt funktionshinder. Resultatet visar också att deltagarna hade svårigheter att utföra mer än en vardaglig aktivitet per dag utan hjälp eller en vardaglig aktivitet per dag med hjälp. Flertalet deltagare påvisade depressiva symtom samt att studien visade att deltagarna inte var helt integrerade i samhället igen efter ett år.
Uren, A. & Galdas, P.	The experiences of male sudden cardiac arrest survivors and their partners: a gender analysis	2014, Kanada, Journal of Advanced Nursing	Syftet var att undersöka hur maskuliniteten påverkar upplevelserna hos män som överlevt hjärtstopp och deras partners upplevelser.	Metod: Deskriptiv intervjustudie (kvalitativ). Urval: 13 deltagare Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer genomfördes. Analys: Tematisk metod av Braun och Clark (2006)	Känslor av ångest, stress, osäkerhet och desorientering var särskilt påvisande. Hjärtstoppet ledde till fysiska begränsningar som var svåra att hantera för männen och de kände sig svaga och trötta. De upplevde svårigheter att leva som de gjort innan hjärtstoppet vilket ledde till känslor av otillräcklighet som var svårt att hantera.
Viktorisson, A., Sunnerhagen, K.S., Pöder, U., Herlitz, J. & Axelsson, ÅB	Well-being among survivors of out-of-hospital cardiac arrest: a cross-sectional retrospective study in Sweden.	2018, Sverige, BMJ open	Syftet var att undersöka patienters välbefinnande tre månader efter hjärtstoppet.	Metod: Retrospektiv tvärsnittsstudie. Kvantitativ. Urval: 94 personer Datainsamling: Postformulär Analys: Statistiska analyser, Mann-Whitney U-testet, X2 testet samt Spjutmans rangkorrelation användes för analys.	I resultatet fanns en signifikant skillnad mellan män och kvinnor som upplevde ett välmående tre månader efter hjärtstoppet. 41 män upplevde sig vara välmående och endast fem kvinnor upplevde sig vara välmående tre månader efter hjärtstoppet. Flera deltagare uppfyllde kriterier för posttraumatiskt stressyndrom.
Ørbo, M., Aslaksen, P-M., Larsby, K., Schäfer, C., Tande, P-M., Vangberg, T-R. & Anke, A	Relevance of cognition to health-related quality of life in good-outcome survivors of	2015, Norge, Journal of Rehabilitation Medicine	Syftet var att undersöka om och hur patienters hälsorelaterade livskvalité påverkas av kognitiva störningar som kan förekomma efter hjärtstopp.	Metod: Prospektiv studie. Kvantitativ Urval: 42 vuxna deltagare varav 38 var män och fyra var kvinnliga deltagare. Datainsamling: Hälsotillstånd och livskvalité mättes med	I resultatet framkom att deltagarna upplevde sin fysiska hälsa som dålig tre månader efter utskrivning och att patienterna trodde att sin fysiska hälsa snarare skulle bli sämre än bättre. Deltagarna upplevde också att deras känslomässiga problem och fysiska

	out of-hospital cardiac arrest			kortformulär 36 (SF-36). Analys: Regressionsanalys.	hälsa har stört deras vardagliga liv samt deras arbete. Endast sju procent har hade gått tillbaka heltid till sitt arbete efter tre månader. I resultatet framkom att det finns ett viktigt samband mellan god kognition och en känsla av hälsorelaterad livskvalité.
--	--------------------------------	--	--	---	---

Bilaga 3. Granskningsfrågor för kvalitativa respektive kvantitativa studier (Friberg, 2017b).

<p>Förslag på frågor vid granskning av kvalitativa studier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat? • Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade? • Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven? • Vad är syftet? Är det klart formulerat? • Hur är metoden beskriven? • Hur är undersökningspersonerna eller situationerna beskrivna? • Hur har data analyserats? • Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? • Vad visar resultatet? • Hur har författarna tolkat studiens resultat? • Hur argumenterar författarna? • Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall? • Finns det en återkoppling till omvårdnadsvetenskapliga utgångspunkter? • Sker en återkoppling till det praktiska vårdarbetet?
<p>Förslag på frågor vid granskning av kvantitativa studier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat? • Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade? • Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven? • Vad är syftet? Är det klart formulerat? • Hur är metoden beskriven? • Hur har urvalet gjorts? (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)? • Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata? • Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur? • Vad visar resultatet? • Vilka argument förs fram? • Förs det några etiska resonemang? • Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, till

	<p>exempel vad gäller generaliserbarhet?</p> <ul style="list-style-type: none">• Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, till exempel omvårdnadsvetenskapliga antaganden?
--	--