

Att överleva hjärtstopp

Patientens upplevelse och livskvalitet

FÖRFATTARE	Carl Beijbom Patrik Sagman
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet Examensarbete i omvårdnad OM5250 HT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	May Bazzi
EXAMINATOR	Åsa Premberg
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademin



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Att överleva ett hjärtstopp: patientens upplevelse och livskvalitet
Titel (engelsk):	Surviving Cardiac Arrest: patient experiences and quality of life
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet Examensarbete i omvårdnad OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	27 sidor exklusive bilagor
Författare:	Carl Beijbom och Patrik Sagman
Handledare:	May Bazzi
Examinator:	Åsa Premberg

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Att överleva hjärtstopp är ovanligt. I Sverige överlevde 10.6% av alla som drabbats av hjärtstopp utanför sjukhus 2013. Trots detta är hjärtstoppsoverlevare en ökande patientgrupp där statistiken visar en stabilt ökande trend. Det finns i sjukvården ett behov av kunskap och förståelse hur hjärtstoppet påverkar överlevaren ur ett holistiskt perspektiv. **Syfte:** Syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva patienters upplevelse av att ha överlevt ett hjärtstopp samt hur händelsen påverkar livskvaliteten hos överlevaren. **Metod:** I denna litteraturstudie har elva relevanta och aktuella studier sökts upp i CINALH och PubMed, från vilka resultaten sedan har analyserats och syntetiserats utifrån syftet. **Resultat:** Den som överlever ett hjärtstopp kan påverkas i sin livskvalitet genom flera långvariga komplikationer som fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar, psykisk ohälsa och ett minskat socialt deltagande. Dessutom är hjärtstoppet en traumatisk händelse som triggar en omvälvande, identitetsutmanande transition med existentiella funderingar och dödsångest. Överlevarna ställs också inför utmaningen att hitta tillbaka till en normal vardag där de nya förutsättningarna kan integreras. Överlevarna har ett omfattande behov av stöd från sjukvården för att kunna hantera denna transition och nå en god hälsa. **Konklusion:** Bilden av hur överlevandet av ett hjärtstopp påverkar livet och hälsoupplevelsen är komplex. Denna studie ger insikt och kunskap som är värdefull för sjukvårdspersonal i mötet med dessa överlevare både i det akuta skedet och ur ett långtidsperspektiv.

INNEHÅLL	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
PATOFSIOLOGI	2
BEHANDLING VID HJÄRTSTOPP	3
TEORETISK REFERENSRAM	4
KASAM.....	4
Transition.....	5
LIVSKVALITET OCH QUALITY OF LIFE.....	6
KOMPETENSBEKRIVNING OCH ETISKA RIKTLINJER.....	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	8
LITTERATURSÖKNING	8
INKLUSIONSKRITERIER.....	9
KVALITETSGRANSKNING	9
ETISKT STÄLLNINGSTAGANDE	9
DATAANALYS	9
RESULTAT	10
LIVSKVALITET	11
Quality Of Life	11
Kognitiva funktionsnedsättningar	11
Fysiska funktionsnedsättningar	12
Psykisk ohälsa	12
Konsekvenser för det sociala livet.....	13
EXISTENTIELLA FUNDERINGAR.....	13
Ett kaotiskt uppvaknande	13
Omvärdering av livsstil	14
Tankar om döden.....	14
Att gå vidare	15
COPINGSTRATEGIER.....	15
ERFARENHETER AV SJUKVÅRDSKONTAKT.....	16
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION.....	16
RESULTATDISKUSSION.....	19
Livskvalitet.....	20
Transition och KASAM efter överlevt hjärtstopp	20
Implikationer för omvårdnad.....	22
Slutsats	22
REFERENSER	24
BILAGOR	
Bilaga 1 Söktabell	
Bilaga 2 Artikelöversikt	
Bilaga 3 Artikelgranskning	

INLEDNING

Under en praktikperiod på sjuksköterskeprogrammet uppstod intresset för att undersöka upplevelsen av att överleva ett hjärtstopp. En av författarna träffade patienter i den akuta fasen på en hjärtintensivvårdsavdelning, vilka överlevt hjärtstopp utanför sjukhus. Patienterna blev återställda fysiskt efter hjärtstoppet och fick under några dagar stanna för observation på hjärtintensivvårdsavdelningen. Sedan skulle de åka tillbaka till hemmet och i möjlig mån återgå till livet de levde innan händelsen. En del patienter fick fortsatt kontakt med hjärtmottagningen för uppföljning. Under praktikperioden uppfattade vi att patienterna inte fick möjligheten att berätta om sin upplevelse samt att vårdpersonalen inte var medveten om magnituden av att överleva ett hjärtstopp både kortsiktigt och över en längre tidsperiod. Det uppstod då en önskan om att undersöka hur patienterna faktiskt upplevde händelsen och återgåendet till vardagen då det akuta skedet var över. På sjukhusavdelningen fanns det ingen möjlighet till att få veta hur patientens livskvalitet och livsvärld hade påverkats av hjärtstoppet i ett kort och långt tidsperspektiv. För att skapa tydlighet i denna studie kommer deltagarna som överlevt ett hjärtstopp att benämnas som ”överlevare”.

BAKGRUND

Varje år drabbas globalt mellan 4 och 5 miljoner människor av hjärtstopp. 275 000 människor blir akutomhändertagna av sjukhuspersonal i Europa varje år då de drabbats av hjärtstopp utanför sjukhus. Av dem överlever efter en månad 29 000 vilket innebär att återupplivandet inte lyckats i 70-95% av fallen (Baskett, Steen & Bossaert, 2005). Chansen att överleva hjärtstopp har under lång tid varit statistiskt stabilt liten, men nya studier börjar visa att trenden är på väg att vända och allt fler överlever hjärtstopp (Axelsson, Claesson, Engdahl, Herlitz, Hollenberg, Lindqvist, Rosenqvist & Svensson, 2012a). År 1992 var överlevnaden efter en månad 4.8% för de som drabbats av hjärtstopp utanför sjukhus i Sverige. År 2013 var denna siffra 10.6% och en kontinuerligt ökande trend syns i statistiken. Om man tittar på totalt antal räddade liv efter hjärtstopp i Sverige har denna siffra klättrat från 366 personer år 2006 till 1188 personer år 2013. Statistiken har förbättrats kraftigt både vad gäller hjärtstopp på sjukhus och hjärtstopp utanför sjukhus. Att allt fler överlever hjärtstopp tros bero på tre orsaker: tidig hjärt-lungräddning innan ambulans anlant till destination, förbättrad vård på sjukhus där överlevande vårdas samt att fler hjärtstopp bevitnas av ambulanspersonal då patient eller anhöriga larmat för symtom innan hjärtstopp inträffat (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2012; Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2014a; Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2014b).

Överlevare efter hjärtstopp har ökad risk för att drabbas av ångest, depression och andra psykosociala problem. Som ett sammantaget mått har flera studier visat att Quality Of Life (QOL) hos överlevare är lägre än i övrig population (Lundgren-Nilsson, Rosén, Hofgren & Sunnerhagen, 2005). Tidigare forskning visar att det råder brist i standardiserade interventioner för sjuksköterskor vid långtidsvård för överlevare av hjärtstopp. Tidigare studier visar att målinriktade åtgärder och uppföljning ger möjlighet att påverka patienters fysiska, kognitiva och emotionella välbefinnande, samt öka överlevnadstiden (Moulaert, Verbunt, van Heugten, Bakx, Gorgels, Bekkers, de Krom, & Wade, 2007; Parnia, Spearpoint & Fenwick, 2007).

PATOFYSIOLOGI

Den vanligaste orsaken (ca 70-80%) till plötsligt hjärtstopp hos vuxna är kranskärlssjukdom. Som regel har hjärtstoppet sitt ursprung i en hjärtinfarkt som orsakats av en försämring i kranskärlssjukdomen. Viktigt är att hjärtstopp och hjärtinfarkt är två olika tillstånd (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2012). *Hjärtstopp* definieras som ett abrupt upphörande av pumpfunktionen i hjärtat följt av omedelbar medvetlöshet relaterat till försämrade perfusion av hjärnan. Hjärtstopp innebär antingen *ventrikelflimmer* eller *asystoli* (Agewall, 2012). *Ventrikelflimmer (VF)* innebär att kamrarna depolariseras självmant och okoordinerat i sin egen hastighet med oregelbunden frekvens. Uppkomsten av ett ”elektriskt kaos” i hjärtats kamrar gör att hjärtats pumpförmåga upphör, vilket följs av mekaniskt hjärtstopp (Jern och Jern, 2012; Persson & Engqvist, 2003). *Asystoli* innebär att QRS-komplexen upphör från ekg-bilden då kamrarna i hjärtat slutar att depolariseras. Detta innebär uteblivna hjärtkontraktioner och cirkulationsstillestånd (Jern & Jern, 2012). Asystoli är ett tillstånd som inte går att defibrillera.

Hjärtat har två huvudkranskärl som blodförsörjer hjärtat och det är dessa som drabbas vid kranskärlssjukdom och hjärtinfarkt. I begreppet kranskärlssjukdom inryms *ischemisk hjärtsjukdom (Ischemic Heart Disease, IHD)* vilket definieras som en sjukdom där perfusionen är nedsatt till hjärtmuskulaturen. I sin tur kan IHD indelas i *stabil angina pectoris* (stabil kranskärlssjukdom) och *instabil angina pectoris* (instabil kranskärlssjukdom) (Maspers och Schou, 2010). *Stabil angina pectoris* innebär typiska symtom som kramande smärta (angina) eller tryck i bröstregionen och utlöses av ansträngning fysiskt eller emotionell anspänning. Fysiologiskt innebär begreppet att ett stabilt plack i kranskärlen medför en otillräcklig perfusion av hjärtmuskulaturen vid belastning. För diagnos krävs att medicinering med nitroglycerin lindrar symtomen (Agewall, 2012). *Instabil angina pectoris* innebär viloadangina som debuterat senaste veckan från en tidigare stabil angina eller helt nydebuterad angina. Det kan även benämnas icke-ST-höjningsinfarkt då dessa två sjukdomar kan betraktas som samma sjukdom (Agewall, 2012). Vid försämrade kranskärlssjukdom kan man drabbas av *akut koronart syndrom* som innebär plackruptur och trombosbildning eller ocklusion i kranskärl vilket i sin tur leder till syrebrist i hjärtmuskulaturen. *Akut koronart syndrom* är ett samlingsbegrepp för *hjärtinfarkt* och *akut hjärtinfarkt* där båda tillstånden har bakgrund i det rupterade placket i kranskärl (Agewall, 2012). *Hjärtinfarkt* definieras genom höjning av hjärtskademarker (troponiner) på provsvar samt ett av följande: ischemiska symtom, EKG-förändring som visar på nyttillkommen ischemi och objektiva bilder som visar nyttillkommen nedsatt muskelfunktion (Agewall, 2012). *Akut hjärtinfarkt* innebär att ischemi uppkommer i myokardiet som kan orsaka nekros, samt att hjärtspecifika markörer på prover (troponiner) är förhöjda (Agewall, 2012). Akut hjärtinfarkt orsakas av en hastig plackruptur i ett av hjärtats kranskärl vilket i sin tur ger akut trombosbildning med partiell eller total ocklusion av kranskärl. Det föreligger stor risk för nekros och celledöd av det drabbade området i hjärtmuskulaturen om total ocklusion uppstår (Internetmedicin, 2014a). Symtom på hjärtinfarkt kan vara central bröstsmärta, ofta ihållande med utstrålning mot exempelvis hals, käke, axlar eller armar. Kallsvett, illamående, ångest, andfåddhet, svaghet och svimning är också vanligt förekommande symtom (Internetmedicin, 2014a).

En hjärtinfarkt kan orsaka rubbningar (”elektriskt kaos”) i hjärtats retledningssystem och leda till ventrikelflimmer, vilket innebär att hjärtat inte längre kan pumpa runt blodet i kroppen och ett hjärtstopp har uppstått. Den elektriska aktiviteten kan också slås ut helt och leda till asystoli, men detta är mer ovanligt än ventrikelflimmer. Det finns två andra huvudtyper av ”elfel” i

hjärtats retledningssystem som är bakomliggande orsak till hjärtstopp. Bradykardi som innebär långsam hjärtfrekvens som understiger 50 slag i minuten på grund av störningar i retledningssystemet, och pulslös elektrisk aktivitet som innebär att en långsam hjärtrytm fortfarande finns med elektrisk aktivitet som syns på EKG, men utan effektiv mekanisk pumpfunktion och därmed totalt bortfall av puls och blodtryck. Andra bidragande mekanismer till hjärtstopp är kardiomyopier, klaffsjukdomar och ärftliga jonkanalstörningar. Det finns även extrakardiella orsaker som kan ge hjärtstopp. Exempelvis astmaattacker, trafikolyckor, massiv lungemboli, hjärttamponad, tryckpneumothorax, förgiftningar, elektrolytrubbningar och drunkningar. (Agewall, 2012; Maspers och Schou, 2010; Persson & Engqvist, 2003; Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2012). Hjärtinfarkt är en betydande riskfaktor för att drabbas av hjärtstopp, eftersom hjärtinfarkten kan orsaka vänsterkammarsvikt och leda till ventrikelflimmer (hjärtstopp) som i sin tur kan leda till asystoli. Riskfaktorer för hjärtinfarkt är högt blodtryck, höga blodfetter, diabetes, tobaksrökning, metabola syndromet och livsstilsfaktorer så som kost, fysisk aktivitet och alkoholkonsumtion (Agewall, 2012; Persson & Engqvist, 2003). Patienter som fått hjärtstopp och överlevt kan få en *ICD (Implantable cardioverter defibrillator)* implanterad under huden. ICD:n har som funktion att ge högenergichock vid livshotande arytmier, samt pacemakerfunktion vid bradykardier (Internetmedicin, 2014d).

BEHANDLING VID HJÄRTSTOPP

Tiden är helt avgörande för att överleva hjärtstopp. För varje minut som HLR inte startas förvärras avsevärt möjligheterna till överlevnad. Utan insats börjar hjärnan redan fem minuter efter inträffat hjärtstopp få irreversibla skador relaterat till syrebristen och efter cirka femton minuter är döden nästan ett faktum. (Agewall, 2012; Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2012). Det finns ett behandlingsmönster som avsevärt förbättrar chansen att överleva hjärtstopp, vilken benämns *Kedjan som räddar liv*. Den består av fyra steg:

- (1) *Tidigt larm* som innebär att larma ambulans snarast vid upptäckten av hjärtstopp.
- (2) *Tidig HLR* som innebär att påbörja HLR snarast vid upptäckten av hjärtstopp. Troligtvis har förbättringen skett i samband med utbildning hos sjukvårdspersonal och allmänheten runt om i Sverige.
- (3) *Tidig defibrillering* innebär att ”omstarta” hjärtats elektriska aktivitet och är helt avgörande för överlevanden vid hjärtstopp och ventrikelflimmer (VF). De halvautomatiska defibrilleringssmaskiner som finns utplacerade på allmänna platser har förbättrat möjligheterna till att utföra en tidig defibrillering.
- (4) *Tidig avancerad hjärtlungräddning* som innebär att intubera, medicinera intravenöst, mekanisk HLR, förhindra aspiration och möjliggöra effektiv ventilation (Agewall, 2012; Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2014b).

Socialstyrelsen har utformat nationella riktlinjer för hjärtsjukvården och specifikt kring kranskärslsjukdom och hjärtstopp. Riktlinjerna författades 2008, men är reviderade 2011 och en ny uppdatering ska utkomma 2015. De nuvarande riktlinjerna fokuserar huvudsakligen kring olika typer av behandlingar men det finns även delar som behandlar prevention och sekundärprevention av kranskärslsjukdomar. Inom denna sjukdomsgrupp finns också överlevare efter hjärtstopp. Sekundärpreventionen belyser vikten av rökstopp, kostförändring, fysisk aktivitet och psykologisk intervention. Den psykologiska interventionen kan leda till en minskad risk för oro och ångest (Socialstyrelsen, 2008).

TEORETISK REFERENS RAM

För denna litteraturöversikt valdes KASAM – känsla av sammanhang och Transitionsteori som teoretisk anknytning till problemområdet. Detta eftersom de behandlar hur individen kan påverkas av stora livsförändringar och beskriver hur sökandet efter sätt att hantera förändringen kan se ut.

KASAM

KASAM – känsla av sammanhang, är en modell som introducerades av Aaron Antonovsky (1923-1994), professor i medicinsk sociologi. Han menade att det är oundvikligt att under livets gång drabbas av påfrestande händelser, och att människan därför behöver verktyg för att hantera dessa händelser. Verktygen består av människans förhållningssätt till livet och utvecklas genom de erfarenheter man får med sig under livets gång. Ju starkare verktyg, ju bättre upplevd hälsa (Langius-Eklöf, 2009). Enligt Antonovsky ligger hälsa och ohälsa som motpoler på en gradlös skala eller ett kontinuum. Vi är som människor inte bara friska eller sjuka, utan befinner i rörelse mellan upplevelsen av hälsa och ohälsa. KASAM utgör svaret på frågan om var på kontinuumet en individ befinner sig. Känslan av sammanhang i sig ger upplevelse av hälsa. Antonovsky skriver i *Hälsans Mysterium* (1987) att ”känslan av sammanhang är en mycket viktig faktor bakom upprätthållandet av ens position på kontinuumet hälsa-ohälsa och rörelse mot dess friska pol”. Denna tankemodell skapar förutsättning för ett annat begrepp introducerat av Antonovsky; salutogenes. Salutogenes har fokus på att söka och finna det friska hos en individ för att sedan kunna stärka dessa friskfaktorer/resurser. Det syftar att skifta fokus från (och komplettera) det patogena perspektivet vilket ser till det sjuka hos en individ i syfte att bota detta. Tankandet i motpoler återfinns i de tre begrepp på vilka KASAM vilar: Begriplighet, Hanterbarhet och Meningsfullhet.

- *Begriplighet* handlar om i vilken grad en individ finner omvärlden och det som sker begripligt. Går en händelse att förstå och förklara ger det begriplighet och en upplevelse av att vara med och ha viss kontroll över det som sker. Är skeenden obegripliga så upplevs de som otydliga, kaotiska och okontrollerbara. Ett sätt att öka begripligheten hos en patient är att med ett öppet, ärligt och individanpassat förhållningssätt förmedla den kunskap och information som situationen kräver.
- *Hanterbarhet*. Livet kommer ständigt med nya utmaningar för alla människor. Vissa utmaningar ligger inom individens förmågor/resurser, medan andra utmaningar ligger utom resurserna. Kommer livet upprepade gånger med ohanterliga utmaningar riskerar individen att uppleva sig som ett offer för omständigheterna och att livet är orättvist. Som vårdpersonal kan man hjälpa genom att antingen stärka de befintliga resurserna, finna nya resurser eller genom att anpassa patientens livssituation så att den blir lagom utmanande. Exempel på detta är bostads- och aktivitetsanpassning.
- *Meningsfullhet* är den tredje och sannolikt viktigaste dimensionen i KASAM. Det innefattar det engagemang och motivation en individ känner i livet. Det har en existentiell underton och påverkas av individens livsåskådning, tro och världsbild. Finns det mening i att anstränga sig och möta livets utmaningar? Detta kan vara svårt att stärka i en vårdsituation, men sjuksköterskor kan verka för att stärka patientens motivation och engagemang genom att förmedla uppmuntran och det engagemang som finns från sjuksköterskans sida.

En persons nivå av KASAM ses i vuxen ålder som relativt statisk. Vid kriser kan nivån sjunka tillfälligt, men återgår oftast till normalnivån. Ett sjukdomsbesked eller traumatisk händelse kan exempelvis kasta in en person i ett tillstånd av obegriplighet, ohanterbarhet och meningslöshet – ett kristillstånd som efter framgångsrik hantering leder till nyorientering och därmed återgång till hälsa och återställd KASAM (Antonovsky & Elfstadius, 2005; Langius-Eklöf, 2009).

Transition

På 1960-talet presenterade Afaf Ibrahim Meleis (f. 1942), sjuksköterska, och sociolog en teori om transitioner – övergångar (Marriner-Tomey & Alligood, 2006). Hon menade att alla människor går igenom olika faser i livet, och att färden från en fas till en annan kan ses som en period av transition. Transition definieras av Meleis som en övergång från ett relativt stabilt tillstånd till ett annat relativt stabilt tillstånd i livet genom en förändring som triggas av kriser eller miljöomställningar, såsom utvecklingsfaser, situationsförändringar, sociala förändringar eller sjukdomsförändringar (Meleis, 2010). Transitioner initieras hos den drabbade då en medvetenhet uppkommer hos individen att en övergång i livet har påbörjats, vilket kan ske över längre tid eller helt plötsligt, exempelvis när en person vaknar upp efter att ha överlevt ett hjärtstopp. En utvecklingstransition kan vara att gå från tonåring till vuxen. En situationsorienterad transition kan innebära en skilsmässa, giftermål eller att en nära anhörig mist livet. En social transition kan vara förflyttning mellan social tillhörighet, boendefrom, titelförändring eller övergången från student till sjuksköterska. Hälso- och sjukdomstransition innebär övergången frisk till sjuk eller sjuk till frisk. Gemensamt för alla transitioner är att det sker ett större eller mindre skifte i identitet hos den som genomgår transitionen. Detta kan leda till påfrestande identitetskriser eller upplevelsen av att det är svårt att finna sig i den nya situationen. Utmaningen i sig kan innebära en extra utsatthet för individen och sårbarheten blir i vissa fall mycket påtalig. Detta sker exempelvis vid svåra sjukdomsbesked där även närstående drabbas. Vissa transitioner är svårare att genomgå än andra och bär således med sig en större förändring i livet. Ofta utmanar dessa transitioner den skyddande vardagen och sätter självbilden och identiteten på spel. Transitioner kan vid första anblicken tyckas vara lättförståliga och greppbara, men många gånger är transitionerna subjektiva, komplexa och dynamiska med vaga gränser mellan sig. Det går också att uppleva transitioner genom kulturer, identiteter, religioner, åldrande och nationaliteter. Döden kan ses som den slutgiltiga transitionen ut i det okända (Meleis, 2010; Ternestedt & Norberg, 2014).

Enligt Meleis (2010) är det viktigt att sjuksköterskan är medveten om hur dessa transitioner kan komma att påverka individer och närstående eftersom det påverkar den egenupplevda hälsan. Om sjuksköterskan är medveten om faktorer omkring individen kan hen utifrån patientens upplevelser och situation främja patientens möjlighet att integrera det som hänt i sin identitet, varpå övergången och krisen förhoppningsvis kan gå bra och mynna ut i ett framgångsrikt hälsotillstånd. Detta innebär inte att alla individer som genomgår en transition kommer behöva interventioner från sjuksköterskor, men en större medvetenhet om transitioner hos sjuksköterskor kan medföra större möjligheter att hjälpa individer genom dessa perioder. Exempelvis skulle riskdiagnoser som förebyggande arbete kunna skapas kring de individer som befinner sig i en transition (Meleis, 2010; Ternestedt & Norberg, 2014).

LIVSKVALITET OCH QUALITY OF LIFE

Livskvalitet är ett svårfångat begrepp kopplat till hälsa och det finns flera definitioner på deras sammankoppling. Livskvalitet innefattar både subjektiva (inre betingelser) och objektiva (yttre betingelser) faktorer. Detta innebär att det är skillnad på förutsättningar för livskvalitet så som ekonomi, social situation eller sjukdom och upplevd livskvalitet, vilket innefattar upplevelsen av hälsa, autonomi och lycka. Enkelt uttryckt är det komponenterna ”hur man har det” och ”hur man tar det”, och livskvalitet blir då sammanslagningen av dessa komponenter. Värt att notera är att detta är starkt kopplat till den kultur och de normer och värderingar som är härskande inom kulturen. Upplevelsen av att exempelvis vara arbetslös är direkt relaterat till hur samhället ser på arbetslöshet (Hermerén, 2014; Willman, 2009). Quality of life (QOL) kan ses som en filosofisk och vetenskaplig konstruktion med syfte att skapa mätbara parametrar för livskvalitet både vad gäller individer och populationer. Detta är nödvändigt för att forskning inom bland annat medicinsk etik, omvårdnad och hälsoekonomi ska kunna erhålla mätbara siffror att arbeta med. Det svenska ordet livskvalitet är alltså inte helt jämförbart med engelskans quality of life (Hermerén, 2014). WHO har i ett eget mätinstrument för WHOQOL-BREF definierat quality of life i fyra kategorier: Fysisk hälsa, psykologi, sociala relationer och omgivning/miljö där man försöker fånga ett holistiskt perspektiv av människan i sin levnadsmiljö (Worlds Health Organization, 1996). Ett flertal mätinstrument används i forskning för att mäta QOL. Det är ett problem i sig att de är så många och att det saknas standardisering. De kan vara generella eller sjukdomsspecifika. De vanligaste mätinstrumenten för QOL är EuroQoL 5 Dimensions (EQ-5D), Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36) och Short Form 12 Health Survey Questionnaire (SF-12) (PROMcenter, 2014). I Teorier om livskvalitet (Brülde, 2003) pekar författaren på ett antal svagheter med dessa mätinstrument. Han menar att de inte vilar på någon tydlig definition av begreppet livskvalitet vilket i sin tur innebär att de inte utgår från någon genomtänkt teori. I denna studie används livskvalitet som ett begrepp överordnat QOL. Detta innebär att QOL, men även andra instrument som mäter andra aspekter av hälsopåverkan kommer anses vara relevanta i bedömandet av försöksdeltagares livskvalitet.

KOMPETENSBESKRIVNING OCH ETISKA RIKTLINJER

Sjuksköterskor i Sverige har en kompetensbeskrivning utfärdad av Socialstyrelsen. Den består av tre huvudområden som kan delas in i kompetensområden samt delkompetensers. Kompetensbeskrivningens tre huvudområden är: omvårdnadens teori och praktik, forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap. Dessa områden ska byggas på en grund av helhetssyn och etiskt förhållningsätt. Detta innebär bland annat att värdegrunden har utgångspunkt i en humanistisk människosyn och respekt för patientens autonomi, värdighet och integritet. De behandlar bland annat:

- Tillgodoseendet av patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga.
- Uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder.
- Följa upp patientens tillstånd efter undersökningar och behandlingar.
- Undervisa och stödja patienter och närstående, individuellt eller i grupp, i syfte att främja hälsa och att förhindra ohälsa.
- Motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling

- Initiera, medverka i och/eller bedriva utvecklingsarbete, kritiskt reflektera över befintliga rutiner och metoder samt inspirera till dialog om införande av ny kunskap
- Utifrån patientens behov systematiskt leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet utifrån medarbetarnas olika kompetens.
- Verka för att bedriva patientfokuserad omvårdnad på ett kvalitets- och kostnadsmedvetet sätt (Socialstyrelsen, 2005).

International Council of Nurses (ICN) antog sin första etiska kod 1953. Den har sedan dess reviderats flertalet gånger. Svensk Sjuksköterskeförening har översatt koden till svenska och beskriver fyra grundläggande etiska ansvarsområden: *Främja hälsa*, *Förebygga sjukdom*, *Återställa hälsa* och *Lindra lidande*. Dessa ledord skall genomsyra de fyra plattformar inom vilka sjuksköterskan verkar: Sjuksköterskan och allmänheten, Sjuksköterskan och yrkesutövningen, Sjuksköterskan och professionen, Sjuksköterskan och medarbetare. Dessa delar innehåller bland annat komponenter som att sjuksköterskor ska rikta sitt professionella ansvar till människor i behov av vård. Sjuksköterskan delar ansvar med samhället för att initiera och främja insatser som tillgodoser allmänhetens och i synnerhet sårbara befolkningsgruppers, hälsa och sociala behov. Sjuksköterskan utvecklar aktivt en kärna av forskningsbaserad professionell kunskap som stöd för en evidens- baserad verksamhet. Sjuksköterskan ansvarar för att patienter/enskilda personer får korrekt, tillräcklig och lämplig information på ett kulturellt anpassat sätt, som grund för samtycke till vård och behandling (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

PROBLEMFORMULERING

Överlevare efter hjärtstopp är en ökande patientgrupp. Sedan en tid tillbaka har det i Sverige arbetats aktivt med att utbilda allmänhet och vårdpersonal om de faktorer som ökar chansen till överlevnad vilket innefattar vikten av tidigt larm, tidig HLR och tidig defibrillering. Detta har resulterat i att allt fler överlever hjärtstopp i Sverige, där överlevnaden idag mer än fördubblats de senaste 20 åren. Obehandlat leder hjärtstopp oundvikligen till döden, vilket kan ge överlevare en upplevelse av att ha varit döda och kommit tillbaks till livet. Det är vanligt att drabbas av minnessvårigheter och hjärntrötthet efter ett hjärtstopp med en allmän kognitiv funktionsnedsättning som följd (HLR rådet, 2011). Överlevarna har ökad risk för att drabbas av ångest, depression och andra psykosociala problem. Som ett sammantaget mått har flera studier visat att Quality Of Life hos överlevare är lägre än i övrig population. Att överleva hjärtstopp är ur ett holistiskt perspektiv en omvälvande upplevelse för den drabbade med både psykologiska och fysiologiska konsekvenser. Kunskapen om överlevarnas upplevelser och behov är dock otillräcklig. Uppdraget som sjuksköterskor innebär att ge patienter god vård och hälsa samt tillgodose de individuella behoven av vård (SFS 1982:763). För att kunna erbjuda en god evidensbaserad omvårdnad åt dessa patienter behöver vi som sjukvårdspersonal öka vår kunskap om denna komplexa och omvälvande upplevelse.

SYFTE

Syftet med denna litteraturoversikt är att beskriva patienters upplevelse av att ha överlevt ett hjärtstopp samt hur händelsen påverkar livskvaliteten hos överlevaren.

METOD

För att besvara syftet har en systematisk litteratursöversikt genomförts. En litteratursöversikt använder vetenskapliga artiklar som data på liknande sätt som intervjuer har respondenter som insamlingsdata i en kvalitativ studie. Vid utförandet av en litteraturstudie redovisas metoden på ett systematiskt sätt som beskriver sökandet efter vetenskapliga artiklar och sammanställandet av resultaten (Östlundh, 2012; Olsson & Sörensen, 2011).

Denna litteratursöversikt är baserad på ett urval av 11 vetenskapliga artiklar från två databaser; CINAHL och Pubmed, vilka redogörs för i bilaga 1-3. Dessa databaser valdes till studien eftersom CINAHL är den ledande databasen inom omvårdnadsforskning och Pubmed är en av de främsta databaserna inom medicinsk forskning. Dahlborg Lyckhage (2012) menar att både kvalitativa och kvantitativa ansatser är högst relevanta för den vårdvetenskapliga forskningstraditionen. I denna litteratursöversikt är de 11 artiklar som besvarar syftet både kvantitativa och kvalitativa eftersom de olika forskningsansatserna riktar sig till olika problemområden. Därmed kan olika dimensioner beskrivas hos människor, både det subjektiva och det mätbara.

LITTERATURSÖKNING

Totalt utfördes åtta olika sökningar under november 2014. Vid val av sökord diskuterades först fritt potentiella sökord relaterade till syftet i studien. Dessa sökord prövades sedan i thesaurusarna MeSH och CINAHL headings och justerades därefter. Sökorden som använts i de olika databaserna samt resultat från sökningarna presenteras i bilaga 1. Samtliga sökord valdes för att specifikt undersöka patienters upplevelser och livskvalitet relaterat till hjärtstopp. Först gjordes ett antal sökningar där sökorden prövades i olika kombinationer för att få en uppfattning om området och se vilka sökord som genererade relevanta träffar. Därefter kombinerades sökorden enligt Boolesk söklogik för att uppnå ett fåtal kärnfulla sökordskombinationer, vilka täckte ämnesområdet väl (Östlundh, 2012). När detta var gjort utfördes den strukturerade sökningen i två steg. Den primära sökningen med sökorden *Heart Arrest*, *Cardiac Arrest*, *Life experiences*, *Life change events*, *Emotions* och *Quality of life* vilket gav alla utom en av de valda artiklarna. Denna sökning utfördes i CINAHL utan tidsbegränsning och i Pubmed med tidsbegränsningen 2004-2014. Denna sökning gjordes också utan tidsbegränsning i båda databaserna, men gav inga fler artiklar. Den primära sökningen gjordes även i Scopus, men genererade inga nya artiklar, därför redovisas inte den sökningen här. Efter detta gjordes en sekundär sökning i Pubmed och CINAHL, med syftet att åstadkomma en uttömmande sökning av området. Då utökades sökningen med följande sökord: *Near-death experiences*, *Adaptation, psychological*, *Coping*, *Adaptation*, *Expressed emotions* och *Fear*. I den sekundära sökningen togs också tidsbegränsningen 2004-2014 bort. I sökningsresultaten lästes rubrikerna till samtliga artiklar och de som bedömdes relaterade till syftet valdes ut för vidare granskning. Totalt granskades 39 abstracts och av dessa valdes 17 artiklar ut och granskades i sin helhet. Av de 17 artiklarna valdes 11 ut artiklar att slutligen ingå i studien, fem kvalitativa och sex kvantitativa undersökningar. De resterade sex artiklarna valdes bort då de inte uppfyllde inklusionskriterierna och inte var relaterade till studiens syfte.

INKLUSIONSKRITERIER

Valda artiklar skall:

- Vara relevanta i förhållande till syftet .
- Vara vetenskapligt granskade och original artiklar.
- Vara skrivna enligt vetenskaplig struktur med: abstract, bakgrund, syfte, metod, resultat och diskussion.
- Vara etiskt granskade och godkända.
- Vara skrivna på engelska eller svenska.
- Undersöka patienter efter utskrivning och därmed efter det akuta skedet.
- Vara gjorda på försöksdeltagare över 18 år.

KVALITETSGRANSKNING

Artiklar har analyserats och bedömts enligt en vedertagen poängsättande bedömningsmall av Olsson och Sörensen (2011). Bedömningsmallen består av specifika formulär utformade för kvalitativa respektive kvantitativa artiklar. Varje artikel poängsätts där maxpoäng för en artikel är 49. Artikelns poäng omvandlas till procent som sedan placerar artikeln i en gradskala mellan I-III, där I är högsta grad av kvalité och III är lägsta grad av kvalité (se artikelgranskning, bilaga 3). Artiklarna har också analyserats genom den kvalitetsgranskning som Friberg (2012) beskriver vilket innebär att olika granskande frågor ställs gentemot artiklarna. Dessutom är artiklarna bedömda genom ovan nämnda inklusionskriterier.

ETISKT STÄLLINGSTAGANDE

Författarna har i denna litteraturöversikt strävat efter ett objektivt förhållningsätt. Samtliga 11 artiklar är innan publikation etiskt granskade och godkända av en etisk kommitté. Författarna har under arbetsprocessen anammat de fyra grundläggande etiska principerna för relationer med människor, autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen (Olsson & Sörensen, 2011). Ställningstagandet gjordes eftersom de vetenskapliga artiklarna har gjort interventioner och ingripanden i människors liv och därmed bör artiklarna i litteraturöversikten vara etiskt granskade. Resultatet som presenteras utifrån de följande 11 artiklarna har inte förvrängts eller ändrats.

DATAANALYS

Samtliga artiklar har behandlats genom integrativ översikt - en analysmetod som fokuserar på att söka likheter respektive skillnader i data. Istället för att presentera kvantitativ data och kvalitativ data separat redovisas resultatet tillsammans. Det innebär att när resultatet från de olika forskningsansatserna blivit sammanställda ska också resultaten syntetiseras för att bilda en ”ny helhet”. Sammantaget medför en integrativ översikt att det blir nödvändigt att dra slutsatser och verifiera för att kunna förstå hur dataresultatet är sammankopplat. Slutligen har författarna i studien tolkat och syntetiserat resultatet till ett mönster (Friberg, 2012). Den integrativa översikten har genomförts enligt de steg som Whittmore och Knafl (2005) beskriver:

1. *Datareduktion*: artiklarna som ingår i litteraturstudien lästes först igenom av båda författarna flertalet gånger för att skapa en förståelse för innehåll, sammanhang och helhet. Sedan fördes diskussioner för att söka likheter och skillnader i data vad beträffar teoretiska utgångspunkter, metoder, analyser och syften. Därefter valdes det resultat som var relevant för studiens syfte och frågeställning.
2. *Dataöversikt*: en Mind Map skapades för att ge en översiktsbild av artiklarnas resultat. Därefter färgmarkerades och rubricerades gemensamma resultat i artiklarna, de kvalitativa för sig och de kvantitativa för sig.
3. *Jämförelser*: i denna fas gjordes jämförelser mellan resultaten från de olika forskningsansatserna. De resultat som överlappade sorterades in under samma rubriker (teman).
4. *Slutsatser och verifiering*: sista fasen i dataanalysen var sammanställningen av resultaten från de kvalitativa och kvantitativa artiklarna och därmed skapandet av en syntetisering - en ”ny helhet”.

RESULTAT

Dataanalysen resulterade i huvudteman och underteman, så som redovisat i figur 1. Huvudrubriken Hälsopåverkan är den sammantagna bilden av alla de faktorer och redogörelser som direkt kan knytas till hjärtstoppsoverlevarnas hälsa. Under Existentiella funderingar behandlas de tankar, funderingar och det sökande överlevarna bär på. Copingstrategier innefattar överlevares redogörelser för strategier i hanterandet av både hälsopåverkan och existentiella funderingar. Under Erfarenheter av sjukvård redogörs för de positiva och negativa erfarenheter, samt de önskemål som överlevarna har gällande sjukvårdskontakt. Samtliga teman genomsyras av försöksdeltagarnas upplevelser av att ha överlevt hjärtstopp.



Figur 1: Huvud- och underteman i resultatet.

LIVSKVALITET

Quality of Life

I flera av de kvantitativa studierna påvisas att livskvaliteten påverkas hos överlevare efter hjärtstopp genom en försämrad QOL (Gamper, Willeit, Sterz, Herkner, Zoufaly, Hornik, Havel & Laggner, 2004; Moulert, Wachelder, Verbunt, Wade & van Heugten, 2010; Wachelder, Moulert, Heugten, Verbunt, Bekkers & Wade, 2009). I Wachelder et al. (2009) undersöktes QOL hos 63 patienter som överlevt hjärtstopp, samt 43 anhöriga. Resultatet visar att nästan en tredjedel av överlevarna och en femtedel av anhöriga har en försämrad QOL efter hjärtstoppet. Även studien av Moulert et al. (2010) som undersöker 63 patienter visar försämrad QOL i relation till normalpopulationen. Larsson, Wallin, Rubertsson och Kristofferzon (2013) undersöker 26 patienter som överlevt hjärtstopp med syftet att ta reda på om en förändring sker i QOL efter hjärtstoppet. Resultatet visar att QOL sjunker direkt efter hjärtstoppet, men sedan återställs över tid. Deasy, Bray, Smith, Harriss, Bernard & Cameron (2012) visar att QOL var bra hos 84% av överlevarna vid uppföljning, samt att 71-75% då inte hade problem med mobilisering, smärta, obehag eller personlig hygien. Följande komponenter visar sig förändra QOL efter överlevt hjärtstopp: emotionella problem, kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar, ångest, depression, PTSD och minskad daglig aktivitet (Moulert et al., 2010; Larsson et al., 2013; Gamper et al., 2004). Dessa samband kommer att redogöras för under respektive tema nedan.

Kognitiva funktionsnedsättningar

Redovisningar av kognitiva funktionsnedsättningar är vanligt förekommande i de undersökta artiklarna. I Sauvé (1995) undersöks 61 personer som överlevt hjärtstopp. Studien syftar till att undersöka deltagarnas hälsostatus och psykosociala anpassning. Resultatet i studien visar att större delen av deltagarna har måttliga till svåra kognitiva funktionsnedsättningar tre månader efter hjärtstoppet och nära hälften fortsatte att uppgå måttliga till svåra kognitiva nedsättningar 12 månader senare. I en studie av Kettilsdottir, Albertsdottir, Akadottir, Gunnarsdottir och Jonsdottir (2014) med syftet att beskriva hj rtstopp verlevares upplevelser efter hjärtstopp rapporterar överlevarna kognitiva nedsättningar, vilket yttrar sig som problem med att l sa böcker och svårigheter att känna igen välbekanta människor.

Minnesstörningar  r ett framträdande fenomen i flera av de kvalitativa artiklarna, främst i form av minnesförluster och suddiga minnen från tiden strax innan, under och efter hjärtstoppet (Bremer, Dahlberg & Sandman, 2009; Forslund, Zingmark, Jansson, Lundblad & Söderberg, 2014; Kettilsdottir et al., 2014). Detta påverkar överlevarna på flera sätt. I studien av Bremer et al. (2009) vilken undersöker nio deltagares upplevelser av att ha överlevt hjärtstopp, beskriver deltagarna hur minnena från tiden innan och efter hjärtstoppet  r suddiga och undflyende, vilket skapar en olustig känsla av att inte kunna lita på sina minnen. Dessa minnesstörningar innebär sedan ett hinder i deras möjlighet att bearbeta vad som hänt i det akuta skedet, vad gäller symptom som föranledde hjärtstoppet samt uppvaknandet och tiden efter på sjukhuset. Liknande vittnesmål framkommer i en studie där 11 deltagare som överlevt hjärtstopp, intervjuas i syfte att få förståelse för deras upplevelser av händelsen (Forslund et al., 2014). Deltagarna beskriver minnesglapp och minnessvårigheter från tiden strax innan och efter hjärtstoppet. De kämpar med att skapa sig en bild av vad som hänt och uttrycker behov av att få beskrivet för sig vad som hänt av sjukvårdspersonal som deltagit vid återupplivandet. Även

deltagarna i Ketilsdottir et al. (2014) har minnesförluster och suddiga minnen från den akuta fasen runt hjärtstoppet och sjukhus tiden. Deras minnen kommer gradvis tillbaka med tiden, men aldrig helt.

Trötthet/fatigue är ytterligare en funktionsnedsättning som påverkar överlevarna i deras liv och vardag. I Wachelder et al. (2009) rapporterar mer än hälften av de 63 deltagarna svår fatigue 3-8 år efter hjärtstoppet. I Forslund et al. (2014) berättar deltagarna om en överväldigande trötthet, orkeslöshet och kraftlöshet efter hemgången, vilket gör att de behöver frekventa sovstunder och inte orkar göra sådant som de gjort tidigare. Detta är ångestskapande, då önskan att återgå till sitt tidigare liv är stark. Många berättar dock att tröttheten till deras lättnad avtagit med tiden. I en kvalitativ studie av Uren och Galdas (2014) som inriktar sig på en analys av det manliga genusperspektivet av upplevelser hos män som överlever hjärtstopp rapporterar deltagarna att ökad trötthet och orkeslöshet efter hjärtstoppet blir en utmaning för deras identitet som självständiga män. Moulert et al. (2010) visar i sin undersökning att kognitiva funktionsnedsättningar och fatigue riskerar att försämra QOL efter överlevt hjärtstopp.

Fysiska funktionsnedsättningar

Överlevare av hjärtstopp har enligt Sauvé (1995) en signifikant försämring i fysisk funktion jämfört med standardpopulationen. Cirka hälften av deltagarna har svårigheter med ansträngande aktiviteter så som tungt hushållsarbete, fysisk aktivitet samt att gå i trappor och uppf rsbackar. En femtedel av deltagarna har svårt med mobilisering vilket medför att de behöver assistans vid resor och därför stannar inomhus. I Ketilsdottir et al. (2014)  r försöksdeltagarnas upplevelse av sänkt fysisk kapacitet framträdande. Fysiska begränsningar beskrivs som restriktion i rörlighet och längre tidsåtgång för att göra vardagssysslor. Dessa begränsningar är mest framträdande i nära anslutning till utskrivning, för att sedan avta med tiden. Det som kvarstår i ett längre tidsperspektiv  r en allmänt sänkt energinivå. De nya fysiska begränsningarna blir liksom de kognitiva funktionsnedsättningarna utmanande för identiteten. Flera deltagare i Bremer et al. (2014) beskriver hur de bit för bit upptäcker nya förutsättningar med sänkta kroppsfunktioner och sårbarheter. De upplever ett behov av att integrera den nyfunna sårbarheten i bilden av sig själv. Denna kroppsliga sårbarhet och försämrade funktion kan göra sig påmind när som helst, och följas av starka känslor av begränsning, utanförskap, isolering, sorg, ilska och uppgivenhet. Moulert et al. (2010) visar i sin studie ett samband mellan minskade dagliga aktiviteter och försämrad QOL.

Deasy et al. (2012) kontrasterar den ovanstående bilden med mer positiva resultat. Studien visar att de allra flesta av deltagarna lever ett självständigt liv vid uppföljningen efter hjärtstopp och har då inte problem med mobilisering, smärta, obehag eller personlig hygien. Dock rapporterar fortfarande en tiondel av deltagarna måttlig eller allvarliga fysiska funktionsnedsättningar.

Psykisk ohälsa

Majoriteten av artiklarna i litterat r versikten påvisar resultat där deltagarna upplever och rapporterar psykisk ohälsa efter överlevt hjärtstopp (Bremer et al., 2009; Deasy et al., 2012; Forslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2014; Larsson et al., 2013; Palacios-Cena, Loso-

Iglesias, Salvadores-Fuentes & Fernandez-de-las-Penas, 2011; Uren & Galdas, 2014). Deltagarna i Uren och Galdas (2014) beskriver starka känslor av ångest, osäkerhet, stress och desorientering följande utskrivning från sjukhuset. Känslorna är kopplade till vad hjärtstoppet skall få för inverkan på deras fortsatta liv och deras möjlighet att fullfölja sina plikter. Flera deltagare berättar om depression och sänkt sinnesstämning, samt svårigheter att prata om detta med familj, vänner och i synnerhet sjukvårdspersonal. I Deasy et al. (2012), Sauvé, (1995) och Wachelder et al. (2009) rapporterar en tredjedel eller nästan h lfven av deltagarna ångest av måttlig grad, medan en mindre andel deltagare rapporterar mycket svår ångest. Denna ångest är sannolikt kopplad till den dödsångest som beskrivs nedan. I studien av Gemper et al. (2004) uppfyller nästan en fjärdedel av deltagarna kriterierna för PTSD. Moulert et al. (2010) visar i sin undersökning att PTSD och emotionella problem riskerar att försämra QOL. Sauvé (1995) visar också i sin studie att det råder en korrelation mellan ångest och försämrad QOL. Detta resultat påvisas även i Larsson et al. (2013) där korrelation föreligger mellan QOL och ångest och depression. Dessutom visar Larsson et al. (2013) att deltagarna inte f rb ttas 6 månader efter hjärtstoppet i mental hälsa vad beträffar ångest och depression.

Konsekvenser för det sociala livet

Flertalet artiklar visar resultat där deltagarna upplever och rapporterar negativa konsekvenser för det sociala livet efter överlevt hjärtstopp (Deasy et al., 2012; Forslund et al., 2014; Gemper et al., 2004; Ketilsdottir et al., 2014; Uren et al., 2014; Wachelder et al., 2009). Vikten av att kunna återgå till arbete och tidigare aktiviteter utpekas i Ketilsdottir et al. (2014) som en avgörande faktor i återskapandet av den egna identiteten efter utskrivning från sjukhus efter hjärtstopp. Wachelder et al. (2009) och Deasy et al. (2012) konstaterar att ungefär h lfven av deltagarna rapporterar lågt deltagande i samhället och svårt med dagliga aktiviteter efter överlevt hjärtstopp jämfört med den generella populationen. Gemper et al. (2004) visar att de deltagare som utvecklar PTSD har det signifikant sämre gällande sociala aktiviteter, arbetsförmåga och omsorg f r familjen jämfört med övriga överlevare.

Från anhörigas perspektiv påvisar Wachelder et al. (2009) att anhörigvårdare rapporterar stressrelaterade upplevelser. Nästan en femtedel av anhöriga som ingick i studien uppgav hög anhörigvårdande stress, samt ångestkänslor och en lägre QOL. Flera av deltagarna i Forslund et al. (2014) känner starka skuldkänslor gentemot anhöriga, kollegor och vänner för att hjärtstoppet även haft kraftig påverkan på dem. En ambivalens uppstår gällande behov av att prata, samtidigt som det också kan bli besvärande när folk i omgivningen vill höra om det som hänt.

EXISTENTIELLA FUNDERINGAR

Ett kaotiskt uppvaknande

Funderingar kring existens, identitet och meningen med att ha fått hjärtstopp och överlevt framträder i samtliga kvalitativa artiklar (Bremer et al., 2014; Forslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2014; Palacios-Cena et al., 2011; Uren & Galdas., 2014). Funderingarna börjar direkt efter uppvaknandet och kretsar den första tiden mycket kring vad som egentligen hänt, vilket i sin tur påverkas av de ovan beskrivna minnesrubbningsar som uppstår under ett hjärtstopp. I Bremer et al. (2014) framkommer att dessa minnesrubbningsar ger upplevelsen av att vakna upp

till en kaotisk och förvirrande värld. Minnesrubbingarna ger ett glapp i den egna livsberättelsen, vilket skapar en förlust av upplevelsen av sammanhang och kontroll. Till en början upplevs avbrottet meningslöst, undflyende, och oförklarligt, vilket i sin tur triggar existentiella funderingar - en önskan och drift att förstå och skapa mening i det som hänt. Frågor som "hur kunde detta hända?", "varför lever jag?" och "vem gjorde min överlevnad möjlig?" uppstår. En viktig beståndsdel i meningsskapandet av själva händelsen är därför få återberättat för sig vad som hänt under hjärtstoppet av de som varit med (Bremer et al., 2014; Forslund et al., 2014). Liknande frågor uppstår även hos deltagarna i en intervjustudie med nio deltagare vilka överlevt hjärtstopp, med målet att undersöka deras upplevelser av livet efter återupplivningen (Palacios-Cena et al., 2014). De uttrycker ett behov av att finna mening i hjärtstoppet, och konfronterades med inre frågor som "varför?", "hur?" och "varför just då?".

Omvärdering av livsstil

Efter hjärtstoppet funderar många överlevare över sin tidigare livsstil. I Bremer et al. (2014) upplever de som haft en ohälsosam livsstil innan hjärtstoppet skuld och ånger då man inte kan ändra det som varit. Vetskapen att man haft en hälsosam livsstil kan vara både frustrerande och glädjande. En kvinna berättar att hon haft en mycket hälsosam livsstil tidigare och att hon känner sig tacksam för detta. Deltagarna i Forslund et al. (2014) funderar också kring sin tidigare livsstil och flera som tyckte att de haft en mer hälsosam livsstil än andra känner frustration och orättvisa över att just de drabbats. I Palacios-Cena et al. (2014) kämpar överlevarna med funderingar kring deras egen inverkan (på hjärtstoppet), och om de kunde gjort något annorlunda, oavsett om det var relevant i förhållande till hjärtstoppets egentliga orsaker. Deltagarna i Ketildsdottir et al. (2014) beskriver hur de omvärderar sina tidigare vanor och prioriteringar, vilket gjort att ambitioner och pengar efter hjärtstoppet fått en minskad roll och familjen och goda relationer en större.

Tankar om döden

I flera artiklar framträder en bild där överlevarna upplever en ångestfylld osäkerhet inför det faktum att de varit nära att dö och att döden därmed krupit närmre i deras medvetande. Många var rädda att de skulle få ett nytt hjärtstopp (Palacios-Cena et al., 2011; Bremer et al., 2014; Forslund et al., 2014, Ketildsdottir et al., 2014). Palacios-Cena et al. (2011) finner som ett huvudtema att deltagarna levde med en påtaglig rädsla för döden, vilket påverkade dem i livets alla aspekter: jobb, relationer, föräldraroller och vardagsliv. Döden upplevs inte bara som en möjlig utgång från hjärtstoppet, utan som en påfallande verklighet i vardagen. En deltagare beskriver hur ångesten att få ett nytt hjärtstopp ibland är så stark att hon knappt kan andas eller röra sig. Forslund et al. (2014) finner att många överlevare och deras partners upplever ångest och rädsla den första tiden relaterat till att döden gjort sig påmind. Efterhand som tiden går lättar detta och livet kan alltmer återgå till det normala. I Bremer et al. (2009) visar det sig att medvetenheten av att ha varit nära döden, sammantaget med den oförutsägbara, överraskande aspekten på det överlevda hjärtstoppet ger försöksdeltagarna en existentiell osäkerhet som kan visa sig i form av rädsla och ångest, och som de är tvungna att lära sig leva med. Rädsla att det kan hända igen blandas med känslor av bristande kontroll och maktlöshet. Det finns inga garantier för livet, eller att livet skall bli som det varit. Även de som berättar om en fungerande vardag med generellt välmående menar att den existentiella ångesten kan göra sig påmind när som helst. Ketildsdottir et al. (2014) finner samma tendens till ångest och rädsla för döden hos

överlevarna, särskilt i nära anslutning till utskrivningen från sjukhuset efter hjärtstoppet. Många lever med känslor av rädsla att de skall drabbas av hjärtstopp igen, lång tid efter hjärtstoppet.

Att gå vidare

När chocken lagt sig och insikten om vad som hänt börjat sjunka in är det dags att försöka återgå till sitt liv – att gå vidare. Flera artiklar presenterar då en bild där överlevarna genom acceptans av sina förändrade förutsättningar måste hitta en ny ingång till livet och sin identitet. I Palacios-Cena et al. (2011) menar överlevarna att nära döden-upplevelsen gjort dem till förändrade människor, där nya perspektiv på livet gjort att de behövt ”lära sig leva på nytt”. För vissa blir detta en kamp, som i Uren och Galdas (2014), där deltagarna upplever en stor identitetsutmaning i återskapandet av bilden av sig själva som kapabla män, då de efter utskrivningen från sjukhuset är försvagade fysiskt och psykiskt och inte orkar göra samma saker som tidigare. Detta leder till en frustrerad kamp att övervinna eller acceptera de nya begränsningarna. För andra blir överlevandet av hjärtstoppet genom nyvunna perspektiv en källa till tacksamhet och ny öppenhet för livet (Forslund et al., 2014; Bremer et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2014). Deltagarna i Forslund et al. (2014) menar att hjärtstoppet medvetandegjort deras dödlighet och att livet på grund av dess flyktighet borde uppskattas och njutas av. Fysisk och psykisk trötthet ger dock funderingar kring om livet någonsin kommer bli detsamma, och att de behöver lära sig leva med insikten av att ha en sjukdom som påverkar livet. Liknande resonemang förs i Bremer et al. (2014) där överlevarna beskriver hur de genom ökad insikt i det som hänt kan börja sitt sökande efter en ny identitet, sammanhang och mening där hjärtstoppet kan integreras. En man berättar att hjärtstoppet blev vändpunkten till ett bättre liv. Efterhand som tiden går kan överlevarna återgå alltmer till en normal vardag. Hoppet om framtida välmående och livskvalitet för sig själv och anhöriga blir ett mål i det existentiella sökandet. Livet kan för de flesta dock inte levas så som det gjordes innan, och välmående blir kopplat till hur väl man lyckats med acceptans och nyfunnen säkerhet i den förändrade kroppen (Bremer et al., 2014). Även efter framgångsrik återgång till en fungerande vardag kunde många överlevare drabbas av den existentiella ångest (dödsångest) som är beskriven ovan. Det handlar om smärtsamma påminnelser om den egna dödligheten och kan komma av sig självt, eller triggas när de egna funktionsnedsättningarna gör sig påminda (Bremer et al., 2014; Forslund et al., 2014; Palacios-Cena et al., 2009).

COPINGSTRATEGIER

I Palacios-Cena et al. (2011) beskrivs ett flertal strategier för att hantera känslan av att ha döden närvarande i sitt liv. ”Vidare och framåt” innebär att försöka kontrollera rädslan för döden genom att bita ihop och köra på och ta sig vidare i livet utan att stanna. En annan strategi är att aktivt förbereda sig för döden dels på ett praktiskt plan, för att vara försäkrad om att familjen klarar sig, och dels på ett psykologiskt plan där de jobbar med acceptans av tanken av att de kan få ett nytt hjärtstopp, för att därigenom lära sig leva med döden. Att prata med familjen och göra praktiska förberedelser inför möjlig bortgång beskrivs även av deltagarna i Forslund et al. (2014). Den ökade ångestnivån för både överlevare och partner efter utskrivningen hanteras av vissa genom att göra allting tillsammans den första tiden. I Bremer et al. (2014) försöker vissa distansera sig och att inte ta det som hänt så allvarligt genom att tillskriva hjärtstoppet en perifer roll i det fortsatta livet. Även Ketilsdottir et al. (2014)

beskriver ett antal strategier för att hantera ångesten och osäkerheten. Flera deltagare ägnar sig åt att söka efter information för att se vad de kunde göra för att minska risken för nytt hjärtstopp. Sarkasm och humor kan användas för att skydda mot sårbarheten, exempelvis genom att fira sin ”nya födelsedag”. Att alltid ha med sig mobiltelefonen är också ett sätt att skapa en känsla av trygghet.

ERFARENHETER AV SJUKVÅRDSKONTAKT

Flera artiklar beskriver hur deltagarna upplever bristande kommunikation, information och avsaknad på stödjande samtal efter hjärtstoppet från vårdpersonal (Bremer et al., 2014; Forslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2014; Palacios-Cena et al., 2011; Uren & Galdas., 2014). I Bremer et al. (2014) framträder en tydlig bild där överlevarna upplever det viktigt att få återberättat för sig vad som hände under hjärtstoppet av människorna som var med under återupplivandet. Detta är viktigt för att fylla minnesluckor runt händelsen och ge möjlighet att bearbeta det som hänt. Samma önskemål framträder även i Forslund et al. (2014), där deltagarna berättar att det upplevts förolämpande när sjukvårdspersonal som inte varit med under återupplivandet skulle förklara vad som hänt. Denna känsla uppstod hos deltagarna eftersom personalen som inte medverkade vid hjärtstoppet kunde förklara ingående förloppet kring hjärtstoppet och händelserna runt omkring.

Bristande möjlighet att diskutera sina upplevelser med andra som genomgått liknande händelser skapar för deltagarna i Palacios-Cena et al. (2011) en känsla av främlingskap och isolering. De känner sig svikna av sjukvården då ingen kontinuerlig kontakt erbjudits efter utskrivningen. En överlevare beskriver hur hon övervägt att fejka komplikationer bara för att hamna under övervakning på sjukhuset för en tid. Deltagarna uttrycker också en avsaknad av rådgivning hur de skall hantera osäkerheten inför hotet om förestående död, och samtliga kvinnliga deltagare uttrycker missnöje att sjukvårdspersonalen aldrig lyft fram frågan om familjeplanering och om det vore lämpligt att försöka bli gravid. Dessa önskemål och behov av att prata med andra som delar liknande erfarenheter, samt att få vägledning av sjukvårdspersonal framträder även i Ketilsdottir et al. (2014). Även de som mottagit omfattande rehabilitering uttrycker ett behov av mer stöd från sjukvården. I Uren och Galdas (2014) uttrycker flera deltagare att de är osäkra på vad som fysiskt sett är lämpligt eller olämpligt att göra. Osäkerheten är påfrestande och frustrerande och ett missnöje uttrycks över att sjukvårdspersonalen inte gett dem tydligare riktlinjer gällande detta.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

En litteraturöversikt har fördelen att den kan sammanställa den kunskapsbas som finns inom ett avgränsat område, till skillnad från en forskningsansats som enbart är kvalitativ eller kvantitativ. I en litteraturstudie tillförs ingen ny kunskap i den mån att en ny undersökning utförs men däremot kan ett resultat syntetiseras och bilda en ”ny helhet” som ändå berikar kunskapsmängden (Friberg, 2012). Metoden har bidragit till träning i strukturerat arbetsätt genom sammanställningen av tidigare publicerad forskning. Dessutom har det resulterat i skapandet av ett nytt kunskapsunderlag inom ett avgränsat område som kritiskt kan granskas. Det är viktigt att poängtera hur författarna till denna litteraturstudie hela tiden har sin

förförståelse med sig under arbetet vilket kan inverka på studiens litteratursökning, metod och resultat. Dock har författarna varit ytterst noga med att förhålla sig objektivt till data och tolkning. Detta gäller också översättning av engelsk skrift till svenska då samtliga artiklar i studien är skrivna på engelska.

I början av litteratursökningen var syftet att endast skriva om patienters upplevelser av att överleva hjärtstopp. Tanken var då att basera studien på kvalitativa artiklar eftersom det sammanföll bäst med detta ursprungliga syfte. Detta visade sig vara svårt att genomföra eftersom endast fem kvalitativa artiklar kunde tas fram ur databaserna som stämde överens med syftet (Bremer et al., 2009; Forslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2003; Palacios-Cena et al., 2011; Uren & Galdas, 2014). Detta ansågs vara för lite data för att genomföra en litteraturöversikt. Därmed utökades litteratursökningen och syftet i studien omformulerades till att innefatta inte bara patienters upplevelser utan också deras livskvalitet efter överlevt hjärtstopp. Det uppstod ett intresse för att studera fenomenet utifrån både kvalitativt och kvantitativt perspektiv vilket medförde skapandet av en bredare kunskapsbas där den kvalitativa delen beskriver subjektiva upplevelser och den kvantitativa, mätbara delen beskriver olika aspekter av livskvaliteten. Med andra ord möjliggjordes en studie där ett djupare subjektivt perspektiv kunde kompletteras med mätbar, kvantitativ data som påvisar frekvenser av vanligt förekommande fenomen efter hjärtstopp. De kvantitativa artiklarna i denna studie har kompletterat mätandet av QOL med andra mätinstrument som mäter kognitiv funktion, fysisk funktion, psykologisk hälsa, deltagande i samhälle och fatigue. Dessa ansågs relevanta att ta med i den sammantagna bilden av försöksdeltagarnas livskvalitet, och har därför tagits med i resultatdelen.

Majoriteten av de valda artiklarna är publicerade de senaste sex åren och fyra av de fem kvalitativa artiklarna är från 2014. Detta anses positivt eftersom de tillhör aktuell forskning i ett kontinuerligt förändrande område. Alla artiklar som ingått i studien har granskats via inklusionskriterierna och genom bedömningsmallen av Olsson och Sörensen, (2011), vilken användes för att säkerställa kvalitén på artiklarna och därmed litteraturstudien i sin helhet. Denna bedömningsmall har fördelen att vara relativt konkret, med färdigformulerade bedömningspunkter och alternativ genom vilka en poängsumma kan sammanställas. Vissa punkter i bedömningsmallen är dock sådana att det krävs erfarenhet och vana av artikelläsning för att kunna sätta en rättvis poäng. På grund av författarnas bristande erfarenhet blev eventuellt poängsättningen något godtycklig. Därför valdes att komplettera bedömningen av artiklarna med de granskningsfrågor som Friberg (2012) beskriver.

I urvalsprocessen av artiklarna valdes ej någon begränsning vid valet av studier utifrån undersökningar utförda inom vissa kulturer, länder eller världsdelar. Beslutet motiverades av att mängden artiklar relaterade till studiens syfte var för liten för att kunna göra denna avgränsning. Om datamängden varit större hade ett ställningstagande varit av högre relevans. Artiklar som inte gick att tillgå i fulltext eller som kostade pengar att beställa uteslöts. Detta kan ha inverkat på resultatet, men eftersom antalet artiklar av denna sort varit mycket litet är det mindre sannolikt.

I samtliga studier förutom en (Sauvé, 1995) var andelen manliga respektive kvinnliga deltagare redovisade. I de kvantitativa artiklarna varierade andelen manliga deltagare mellan 58% (Larsson et al., 2013) och 86% (Moulaert et al., 2010; Wachelder et al., 2009). Två av de kvalitativa artiklarna innefattade enbart manliga deltagare (Ketilsdottir et al., 2014; Uren & Galdas, 2014) och i de övriga tre var majoriteten män. Denna obalans kan dock till viss del

försvaras med statistik presenterad i Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2014b) vilken visar att 69% av alla som insjuknat i hjärtstopp perioden 1990 – 2013 i Sverige var män. Viss inverkan på resultatet kan dock ha förekommit. De studier som främst påpekade vikten av att återgå till arbetslivet och att kunna visa stoiskhet och styrka hade enbart manliga deltagare Ketilsdottir et al. (2014) och Uren och Galdas (2014). Därtill hade Uren och Galdas (2014) ett medvetet genusperspektiv för att identifiera specifika genuskopplade faktorer. Studien av Ketilsdottir et al. (2014) genomfördes på Island, där det möjligen råder ett mer traditionellt mansideal jämfört med Sverige. Vikten av att få rådgivning om familjeplanering och graviditet poängterades främst av de kvinnliga deltagarna i Palacios-Cena (2009), vilket kan förklaras av att studien hade jämnast könsfördelning av de kvalitativa studierna, och att det i Spanien, liksom på Island råder mer traditionella könsroller än i Sverige. Faktorer som dessa kan vara viktiga att ha i beaktande, men då resultatet i studien är baserat på patientgrupper uteslutande från en västerländsk kultur kan det ändå anses vara av relevans för praxis i den svenska hälso- och sjukvårdskontexten.

Under litteratururvalet genomgicks flera artiklar som undersökte fenomenet Near-Death Experiences och ICD i relation till överlevnad efter ett hjärtstopp. Near-Death Experiences är ett fenomen som innebär att en person förnimmer upplevelser och skapar minnen från en period av koma. Studierna kring ICD behandlade upplevelsen att leva med en inopererad defibrillator efter och/eller preventivt mot hjärtstopp. Båda dessa begrepp bedömdes ligga utanför studiens syfte och valdes därför bort. I studierna är det många gånger, men inte alltid specificerat om patienterna haft hjärtstopp utanför sjukhuset (out-of hospital cardiac arrest - OHCA), eller på sjukhuset. I denna studie valdes att inte ta hänsyn till detta, då det inte ansågs vara av relevans för att besvara syftet. Av samma anledning är hänsyn ej heller tagen till vilket begrepp som använts för hjärtstopp i studierna (sudden cardiac arrest - SCA, sudden cardiac death - SCD, OHCA). I de flesta fall är det inte heller redovisat hur länge patienterna varit medvetslösa under hjärtstoppet, vilket kan ha relevans gällande hur omfattande de hypoxiska hjärnskadorna blir. I urvalsprocessen av artiklar valdes de studier bort som undersökte upplevelser och livskvalitet i den akuta fasen efter hjärtstopp (ett av inklusionskriterierna), eftersom intresset var att undersöka upplevelser och livskvalitet en längre tid efter hjärtstoppet. Det finns i de valda artiklarna en stor variation i hur lång tid som passerat mellan hjärtstoppet och genomförandet av studien. Tidsspannet ligger mellan 1 månad (Forsslund et al., 2014) och 15 år (Bremer et al., 2009), vilket hade att göra med metod för urval och att den relativt lilla patientgruppen gjorde det svårt för forskarna att sätta specifika tidsgränser. Denna spridning kan försvåra jämförandet mellan studierna, men möjliggör samtidigt bredd till denna studies resultat.

De sökord som använts i studien ansågs relevanta för ämnet eftersom de har ursprung i tesaurusarna CINAHL headings och MeSH, samt att sökningarna resulterat i relevanta artiklar för studiens syfte. Dessutom hittades tillräckligt med artiklar med sökorden och därför behövdes inte manuella sökningar göras i referenslistor och bibliotek. Detta tyder på att sökorden varit av hög relevans. Möjligtvis skulle andra sökord kunna prövas för att finna ytterligare betydelsefull data, dock hittades inga fler relevanta sökord att pröva till denna studie. De uttömmande sökningarna i CINAHL, Pubmed och Scopus utfördes för att säkerställa att inga relevanta artiklar till studien missades. Möjligtvis skulle andra databaser, exempelvis inom psykologi kunna användas för att finna ytterligare data till studien. Detta fanns det inte utrymme till att undersöka i denna litteraturöversikt.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva patienters upplevelse av att överleva ett hjärtstopp samt hur händelsen påverkar livskvaliteten hos överlevaren. Studien svarar på syftet genom att belysa och skapa förståelse kring de upplevelser som beskrivs efter överlevt hjärtstopp, och visa hur livskvaliteten påverkas.

Att överleva ett hjärtstopp innebär att genomgå en krisfas och upplevs som en kaotisk händelse. Överlevnaden av hjärtstoppet påverkar liv och hälsa ur ett flertal perspektiv, både med mätbara funktionsnedsättningar och med subjektiva, påfrestande upplevelser och tankar. I litteraturöversikten synliggörs komplexa samband där nedsatt fysisk och kognitiv funktion påverkar den psykiska hälsan, vilket sammantaget inverkar på QOL och det sociala livet. Dödsångest kan triggas när överlevaren påminns om det som skett, ofta i samband med att funktionsnedsättningar gör sig påminda. Upplevelser och erfarenheter från hälso- och sjukvården samt skapandet av copingstrategier inverkar sedan på hur överlevaren hanterar hjärtstoppet. I studien tolkas resultatet på det vis att patienter som överlevt hjärtstopp genomgår en transition där identiteten utmanas. I samband med transitionen finns också en risk att förlora KASAM vilket tvingar fram en omvärdering av mening, begriplighet och hanterbarhet.

Det är viktigt att vårdpersonal och sjuksköterskor är medvetna om vad patientgruppen genomgår och upplever för att kunna tillgodose patientens behov på det vis som Socialstyrelsen (2008) beskriver i kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor: att tillgodose basala och specifika omvårdnadsbehov, undervisa och stödja patientgruppen, bedriva patientfokuserad omvårdnad och motverka komplikationer i samband med vård, sjukdom och behandling. Allt fler patienter överlever hjärtstopp (Axelsson et al., 2012) och de nationella riktlinjerna utöver den medicinska behandlingen är bristfälliga för patientgruppen. Dessa riktlinjer för hjärtstopp och kranskärslssjukdomar efterlyser en psykologisk intervention, men behandlar inte vad den innebär och hur den ska utföras. Riktlinjerna är ej heller specifika för överlevare efter hjärtstopp utan riktar sig till alla med kranskärslssjukdom (Socialstyrelsen, 2008). Med andra ord skulle riktlinjer behövas för omhändertagandet av hjärtstoppsoverlevare vad beträffar omvårdnad och annan icke medicinsk behandling. I denna litteraturöversikt påvisar aktuell forskning flertalet områden som deltagarna beskriver sig missnöjda med gällande sjukvårdskontakt, däribland stöd, kommunikation, kontakt och information efter hjärtstoppet (Bremer et al., 2014; Forslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2014; Palacios-Cena et al., 2011; Uren & Galdas., 2014).

Det är också viktigt att denna medvetenhet och kunskap finns hos sjuksköterskor för att kunna arbeta efter ICN:s etiska kod som poängterar den etiska vikten av att *Främja hälsa, Förebygga sjukdom, Återställa hälsa* och *Lindra lidande* (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Om sjuksköterskan inte har kunskap om påverkan på den psykiska och fysiska hälsan för patientgruppen som överlever hjärtstopp finns risken att patientgruppen inte får rätt vård och drabbas av ohälsa, men också att sjuksköterskor misslyckas i sitt uppdrag att bedriva omvårdnad baserad på socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ICN:s etiska kod.

Livskvalitet

Livskvalitet är ett svårdefinierat begrepp som bland annat kan mätas med instrument för QOL. I denna litteraturöversikt påvisas resultat där en mätbar, men relativt liten försämring sker i QOL. Deasy et al., (2012) påvisar att större delen av deltagarna (85%) i sin studie har en god QOL. Trots detta visar andra resultat och mätningar i studien att patientgruppen har ohälsa och försämrad livskvalitet. Detta innebär troligtvis att mätningar med QOL inte kan fånga komplexitet i att överleva ett hjärtstopp. Det är svårt att förstå hur och vad som faktiskt påverkar hur patienter upplever och värderar sin livskvalitet efter överlevt hjärtstopp. Detta på grund av komplexiteten i själva begreppet livskvalitet som innefattar många olika komponenter, både subjektiva (inre betingelser) och objektiva (yttre betingelser). Det finns också flera definitioner på begreppet (Brülde., 2003; Hermerén., 2014 & Willman., 2009). I denna litteraturöversikt har artiklarna använt olika mätinstrument för att fånga livskvalitet, däribland SF-36 och EQ-5D som mäter QOL. Även andra specifika mätinstrument för faktorer som inverkar på livskvalitet har använts, däribland PTSD, psykisk ohälsa och socialt deltagande. Denna mångfald av mätinstrument kopplade till livskvalitet påvisar problematiken och komplexiteten i att mäta livskvalitet. I denna studie kompletteras bilden av överlevnars livskvalitet med berättelser från kvalitativa intervjustudier, vilka beskriver upplevelser som inte fångas enbart i de kvantitativa studierna. Det finns dock en problematik i mätandet av detta fenomen. Som Brülde (2003) påpekar finns ett antal svagheter med alla dessa mätinstrument för livskvalitet. Han menar att de inte vilar på någon tydlig gemensam definition av begreppet livskvalitet vilket i sin tur innebär att de inte utgår från någon genomtänkt teori. Därför blir det problematiskt att definiera vad de egentligen mäter.

Resultatet i studien visar att deltagarna rapporterar försämrad QOL, fysiska och psykiska funktionsnedsättningar, psykisk ohälsa och negativa konsekvenser för det sociala livet efter överlevt hjärtstopp (Gamper et al., 2004; Moulert et al., 2010 & Wachelder et al., 2009). Alla dessa konsekvenser efter hjärtstoppet påverkar den sammantagna livskvaliteten hos överlevarna. Att flertalet faktorer korrelerar talar dessutom för komplexitet i begreppet och vad som faktiskt påverkar upplevelsen och värderingen av livskvalitet.

Transition och KASAM efter överlevt hjärtstopp

Transition definieras av Meleis (2010) som en övergång från ett relativt stabilt tillstånd till ett annat relativt stabilt tillstånd i livet genom en förändring. I övergången kommer identiteten utmanas på ett mer eller mindre påtagligt sätt. Det är tydligt att hjärtstopp triggar en transition hos de som överlever. Denna transition är plötslig och oväntad i sin karaktär, och sker på flera plan där den mest uppenbara är hälso- och sjukdomsrelaterad då hälsan påverkas på flera sätt. Exempelvis är funktionsnedsättningar vanligt förekommande samt att ångest och nedstämdhet kan ge psykisk ohälsa (Deasy et al., 2012; Sauvé, 1995; Wachelder et al., 2009). Transitionen sker för många även på ett socialt plan, där återgången till den tidigare livsstilen vad gäller jobb och sociala relationer inte är självklar (Forsslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2014; Uren & Galdas, 2014). Meleis (2010) skriver att transitioner initieras hos den drabbade då en medvetenhet uppkommer hos individen att en övergång i livet har påbörjats. I överlevandet av ett hjärtstopp kommer detta som en följd av händelsen, det vill säga när den drabbade efter ett kaotiskt uppvaknande färgat av minnesstörningar börjar inse vad som hänt (Bremer et al., 2014; Forsslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2014). Den följande tiden blir sedan själva transitionsperioden där överlevarna utmanas att integrera det som hänt i sin självbild och

identitet. Resultatet i denna studie visar på flera exempel där överlevarna känner att identiteten utmanas. Dels måste själva hjärtstoppet och det som skett runtomkring passas in i livsberättelsen, och dels måste konsekvenserna för den egna kapaciteten accepteras. För vissa blir det en kamp att hitta fram till sin ”nya” identitet. Många kämpar för att med hjälp av de som varit med under återupplivandet skapa en klarare bild av vad som hänt i syfte att underlätta integrerandet av skeendet i livsberättelsen. Vad gäller funktionsnedsättningar kan det också vara en kamp att acceptera att man inte kan leva sitt liv som tidigare, något som många önskar att de kunde. För andra verkar transitionen ske lättare. Vissa känner så småningom till och med tacksamhet då hjärtstoppet gett nya insikter, vilka möjliggör ett nyupptäckande av livet (Bremer et al., 2014; Forslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2014; Uren & Galdas, 2014). Acceptansen verkar vara en nyckelfaktor i att hitta tillbaka till en god upplevd hälsa, och en ny, stabil vardag.

Analysen enligt transitionsteorin ovan visar tydligt att en transition sker hos hjärtstoppsoverlevarna, och att identiteten utmanas. Att analysera studiens resultat enligt KASAM syftar till att förstå vad som möjliggör en framgångsrik genomgång av transitionen, och därmed återgång till en god hälsoupplevelse för de som överlevt hjärtstopp. Det är tydligt att deltagarna i de analyserade studierna i efterhand försöker skapa begriplighet i det genomlevda hjärtstoppet – att förstå vad som hänt rent praktiskt och somatiskt. Detta försvåras av de minnesstörningar som omger tiden innan, under och efter ett hjärtstopp. Många beskriver känslan av ett onaturligt, svårbegripligt avbrott eller glapp i livet. Överlevarna uttrycker därför värdet av att tidigt få berättat för sig vad som hänt under denna tidsperiod av de som var där och såg på eller genomförde själva återupplivningen. Att få skeendet återberättat för sig av sjukvårdspersonal som inte varit närvarande upplevs inte lika värdefullt. Genom att skapa en tydligare bild av det skapas bättre möjlighet för överlevarna att passa in det i sin livsberättelse och därigenom skapa en sammanhängande begriplig helhet i livsberättelsen (Bremer et al., 2014; Forslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2014). Med nytillkomna funktionsnedsättningar har många hjärtstoppsoverlevare svårt för att återgå till det liv de levde innan, vad gäller arbete, vardagssysslor, och socialt liv (Deasy et al., 2012; Forslund et al., 2014; Gemper et al., 2004; Ketilsdottir et al., 2014; Uren & Galdas, 2014; Wachelder et al., 2009). Dessa förväntningar kan för många vara lika högt ställda som innan hjärtstoppet, särskilt de inre vilka är kopplade till den bild individen har av sig själv. Att inte kunna prestera i enlighet med identitetsskapande faktorer (familjeförsörjare, självständighet, styrka) leder till frustration och nedstämdhet. Därför står överlevarna inför utmaningen att genom att lyssna på sin kropp efterhand upptäcka vad de klarar och inte klarar av, acceptera dessa förutsättningar, och att sedan anpassa krav och förväntningar efter vad som är realistiskt. Redogörelser av både frustration och förlikning stod att finna i samtliga av de genomgångna kvalitativa artiklarna (Bremer et al., 2014; Forslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2014; Palacios-Cena, 2009; Uren & Galdas., 2014). Att söka efter meningsfullhet är naturligt under prövande perioder i livet. Hjärtstoppsoverlevarna i de analyserade studierna har många existentiella funderingar berörande livsstil, meningen med det som hänt och vad det kommer att innebära för framtiden. Frågor som ”hur kunde detta hända?”, ”varför lever jag?”, ”varför?”, och ”varför just då?” markerar sökandet efter svar som kan skapa meningsfullhet i det som hänt. Det var ingen självklarhet att överlevarna kunde bygga sådan meningsfullhet, men den tacksamhet som beskrevs i flera studier sammantaget med känslan av att ha fått en ny chans, att omvärdera vad som är viktigt i livet och till och med uppleva en vändpunkt till ett bättre liv får sägas representera ett framgångsrikt skapande av mening i det som skett (Bremer et al., 2014; Forslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2014; Palacios-Cena, 2009; Uren & Galdas., 2014).

Implikationer för omvårdnad

Resultatet i denna studie påvisar att deltagarna upplevt bristande kommunikation, information och avsaknaden på stödjande samtal kring hjärtstoppet från vårdpersonalen (Bremer et al., 2014; Forslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2014; Palacios-Cena et al., 2011; Uren & Galdas., 2014). Alla de önskemål och besvikelser som deltagarna riktar mot sjukvården i resultatet bör tas hänsyn till i omvårdnaden. Då verkligheten är komplex bör sjukvårdspersonalen dock vara öppen för att andra önskemål kan uppstå som inte representeras i denna studie. Fokus bör därmed vara på att lyssna, informera och stödja patienterna efter överlevt hjärtstopp. Detta kan vara av stor vikt för att patienterna ska kunna genomgå transitionen på ett framgångsrikt sätt och upprätthålla KASAM efter hjärtstoppet. Utöver den subjektiva upplevelsen av att överleva hjärtstopp finns det även en mätbar hälsopåverkan vilken sjukvårdspersonal behöver kunskap om: psykisk ohälsa, kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar, försämrat social liv och QOL (Deasy et al., 2012; Gamper et al., 2004; Larsson et al., 2013; Moulert et al., 2010; Sauvé., 1995 & Wachelder et al., 2009). Eftersom det sociala livet drabbas av krisen, däribland vänner, familj och arbetet bör vårdpersonal kunna erbjuda stöd ur ett helhetsperspektiv. Det är också viktigt att vårdpersonal är medvetna om att den mest påfrestande perioden efter att ha överlevt ett hjärtstopp är den som är närmast händelsen. Med andra ord desto mer tid som går desto bättre börjar patienterna uppskatta sin hälsa och därför är tidiga insatser av stor vikt (Bremer et al., 2009; Deasy et al., 2012; Forslund et al., 2014 & Larsson et al., 2013).

Sammantaget anser författarna att patienter som överlevt hjärtstopp behöver följas upp och att snarast möjligt i återhämtningsfasen stötta patientgruppen genom omvårdnadsinsatser då denna fas är den mest sårbara. Om detta görs kan patienterna hjälpas i god tid och då kan onödigt lidande hindras både för patient och anhöriga, samt att modellen skulle vara mer kostnadseffektivt i ett längre perspektiv. Stödet och omvårdnadsinsatserna skulle kunna vara av sådant slag att en specialistutbildad sjuksköterska deltar vid uppföljning av patienterna på hjärntvättning. Att erbjuda gruppträffar där patienter med liknande erfarenheter kan dela tankar och funderingar, samt att både på vårdinrättning och mottagning ge samtalsstöd och information. Särskilt med tanke på den dödsångest och rädsla för att få ett nytt hjärtstopp som drabbar större delen av överlevarna efter hjärtstopp. Den konstaterade komplexiteten i begreppet livskvalitet innebär också att lyhördhet från vårdpersonalen gentemot patienterna är av största vikt.

SLUTSATS

Den som överlever ett hjärtstopp kan påverkas i sin livskvalitet genom flera långvariga komplikationer såsom fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar, psykisk ohälsa och ett minskat socialt deltagande. Dessutom innebär överlevnaden en traumatisk upplevelse som triggar en omvälvande, identitetsutmanande transition med existentiella funderingar och dödsångest. Överlevarna ställs inför utmaningen att hitta tillbaka till en normal vardag där de nya förutsättningarna kan integreras till en ny känsla av sammanhang. Det finns ett omfattande behov hos överlevarna av stöd från sjukvården för att kunna hantera denna transition och uppnå en god hälsa. Bilden av hur överlevandet av ett hjärtstopp påverkar livet och hälsoupplevelsen är komplex. Denna studie ger insikt och kunskap som är värdefull för sjukvårdspersonal i mötet med dessa överlevare både i det akuta skedet och ur ett långtidsperspektiv. Mer kvalitativ forskning behövs för att uppnå ökad kunskap inom

omvårdnaden av patientgruppen. Genom förslagsvis fokusgrupper kan man undersöka patientgruppens tankar om vilka konkreta insatser från sjukvården som är önskade. Forskningen bör syfta till att fastställa riktlinjer kring specifika insatser som kan införas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Sjuksköterskor kan dock redan nu ta del av den kunskap som presenterats i studien. Andelen kvinnliga deltagare i framtida studier bör utökas för att kunna generalisera resultaten till den kvinnliga populationen. Fler svenska kvalitativa studier efterfrågas för att hitta kulturspecifika fenomen relaterade till upplevelsen av att överleva hjärtstopp.

REFERENSER

Agewall, S (2012). Koronarsjukdom. I S. Lindgren, A. Engström Laurent, K. Karason, E. Tiensuu Jansson (Red.), *Medicin*. (S. 71-92). Lund: Studentlitteratur.

Antonovsky, A. & Elfstadius, M. (1987). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Axelsson, Å., Fridh, I. & Thorén, A-B. (2012a). Stöd till närstående I samband med plötslig hjärtdöd. I B. Fridlund, D. Malm & J. Mårtensson. (Red.), *Kardiologisk omvårdnad* (S. 265-282). Lund: Studentlitteratur.

Axelsson, C., Claesson, A., Engdahl, J., Herlitz, J., Hollenberg, J., Lindqvist, J., Rosenqvist, M. & Svensson, L. (2012b). Outcome after out-of-hospital cardiac arrest witnessed by EMS: Changes over time and factors of importance for outcome in sweden. *Resuscitation*, 83(10), 1253-1258. doi:10.1016/j.resuscitation.2012.01.043

Baskett, P., Steen, P. & Bossaert, L. (2005). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 67(S1), S171-S180.

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

Brülde, B. (2003). *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur

Dahlborg Lyckhage, E. (2012). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 23-33). Lund Studentlitteratur.

Deasy, C., Bray, J., Smith, K., Harriss, L., Bernard, S., Cameron, P. VACAR Steering Comm. (2013). Functional outcomes and quality of life of young adults who survive out-of-hospital cardiac arrest. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 30(7), 532-537. doi:10.1136/emered-2012-201267

Forslund, A., Zingmark, K., Jansson, J., 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. doi:10.1097/JCN.0b013e3182a08aed

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 133-142). Lund Studentlitteratur.

Gamper, G., Willeit, M., Sterz, F., Herkner, H., Zoufaly, A., Hornik, K., Havel. C. & Laggner, A. N. (2004). Life after death: Posttraumatic stress disorder in survivors of cardiac arrest--prevalence, associated factors, and the influence of sedation and analgesia. *Critical Care Medicine*, 32(2), 378-383. doi:10.1097/01.CCM.0000108880.97967.C0

Hermerén, G. (2014). Livskvalitet. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2014-11-25 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/livskvalitet>

HLR rådet. (2011). *Överlevnad efter hjärtstopp*. Stockholm: HLR rådet

Internetmedicin. (2014a). *Hjärntinfarkt med ST-höjning, akut*. Hämtad 2014-11-20 från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=1085>

Internetmedicin. (2014b). *Kranskärslssjukdom, instabil*. Hämtad 2014-11-20 från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=1081>

Internetmedicin. (2014d). *ICD (implantable cardioverter defibrillator) och biventrikulär pacing (CRT-P/CRT-D)*. Hämtad 2014-12-03 från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5038>

Jern, S. & Jern, H. (2012). *Klinisk EKG-diagnostik 2.0*. Ljungskile: Sverker Jern utbildning.

Ketilsdottir, A., Albertsdottir, H. R., Akadottir, S. H., Gunnarsdottir, T. J. & Jonsdottir, H. (2014). The experience of sudden cardiac arrest: Becoming reawakened to life. *European Journal of Cardiovascular Nursing : Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 13(5), 429-435. doi:10.1177/1474515113504864

Langius-Eklöf, A. (2009). Känsla av sammanhang. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder hälsa och ohälsa*. (S. 95-114). Lund: Studentlitteratur.

Larsson, I., Wallin, E., Rubertsson, S. & Kristofferzon, M. (2014). Health-related quality of life improves during the first six months after cardiac arrest and hypothermia treatment. *Resuscitation*, 85(2), 215-220. doi:10.1016/j.resuscitation.2013.09.017

Lundgren-Nilsson, Å., Rosén, H., Hofgren, C., & Sunnerhagen, K. S. (2005). The first year after successful cardiac resuscitation. *Resuscitation*, 66(3), 285-289. doi:10.1016/j.resuscitation.2005.04.001

Marriner-Tomey, A., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorists and their work*. St. Louis: Mosby.

Maspers, M & Schou, V. (2010). Ischemisk hjärtsjukdom. I B. K. Hedin & M. Löndahl. (Red.), *Hjärt-kärlsjukdomar: Hypertoni, dyslipidemi, ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt, rytmrubbningar, klaffsjukdomar, perifer kärlsjukdom, trombossjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice / [elektronisk resurs]*. New York: Springer Publishing Company.

Moulaert, V., Verbunt, J., van Heugten, C., Bakx, W., Gorgels, A., Bekkers, S., de Krom, M. & Wade, D. (2007). Activity and life after survival of a cardiac arrest (ALASCA) and the

effectiveness of an early intervention service: Design of a randomised controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 7(1), 26-26. doi:10.1186/1471-2261-7-26

Moulaert, V., Wachelder, E., Verbunt, J., Derick T. & Van Heugten, C. (2010). Determinants of quality of life in survivors of cardiac arrest. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(6), 553-558. doi:10.2340/16501977-0547

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

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

Parnia, S., Spearpoint, K., & Fenwick, P. B. (2007). Near death experiences, cognitive function and psychological outcomes of surviving cardiac arrest. *Resuscitation*, 74(2), 215-221. doi:10.1016/j.resuscitation.2007.01.020

Persson, S. & Engqvist, J. (2003). *Kardiologi: Hjärtsjukdomar hos vuxna*. Lund: Studentlitteratur.

PROMcenter (2014). *Generella instrument*. Hämtad 2014-11-25 från <http://www.promcenter.se/sv/generella-instrument/>

Sauvé, M. J. (1995). Long-term physical functioning and psychosocial adjustment in survivors of sudden cardiac death. *Heart & Lung - the Journal of Acute and Critical Care*, 24(2), 133-144. doi:10.1016/S0147-9563(05)80008-1

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2008). *Kranskärllssjukdom – vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2012). *Fakta hjärtstopp*. Hämtad 2014-11-19 från <http://hlr.nu/utbildning/fakta-hjartstopp/>

Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2014a). *Några av de viktigaste fynden från det Svenska hjärt-lungräddningsregistret, Årsrapport 2014*. Hämtad 2014-11-19 från <http://hlr.nu/wp-content/uploads/HLR-registret-årsrapport-2014-sammanfattning-.pdf>

Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2014b). *Svenska hjärt-lungräddningsregistret, Årsrapport 2014*. Hämtad 2014-11-19 från <http://www.hlr.nu.php54-1.dfw1-1.websitetestlink.com/wp-content/uploads/Svenska-HLR-registret-Arsrapport-2014.pdf>

Ternstedt, B-M & Norberg, A. (2014). Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv – identitetens betydelse. I F., Friberg & J., Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningsätt*. (S. 44-45). Lund: Studentlitteratur.

Uren, A & Galdas, P. (2014). The experiences of male sudden cardiac arrest survivors and their partners: a gender analysis. *The journal of advanced nursing*, 2014 Aug 4. doi:10.1111/jan.12499.

Wachelder, E., Moulaert, V., van Heugten, C., Verbunt, J., Bekkers, S., Bakx, W. & Wade, D. (2012). Life after survival: Long-term daily functioning and quality of life of patients after an out-of-hospital cardiac arrest. *Brain Injury*, 26(4-5), 464-465.

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I Edberg A-K & Wijk, H. *Omvårdnadens grunder, hälsa och ohälsa* (s. 27-44). Lund: Studentlitteratur.

Worlds Health Organization (1996). *WHOQUO-BREF*. Hämtad 2014-12-01 från http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 57-79). Lund Studentlitteratur.

BILAGOR

BILAGA 1 (söktabell)

Sökning	Databas	Sökord	Träffar	Granskade abstracts	Utvalda	Begränsningar
1 (Primär)	Cinalh	Heart Arrest OR Cardiac Arrest AND Life experiences OR Life change events OR Emotions	20	3	1	Peer reviewed Research article
2 (Primär)	Pubmed	Heart Arrest OR Cardiac Arrest AND Life experiences OR Life change events OR Emotions	183	17	5	2004-2014
3 (Primär)	Cinalh	Heart Arrest OR Cardiac Arrest AND Quality of life	45	6	4	Peer reviewed Research article
4 (Sekundär)	Cinalh	Heart Arrest OR Cardiac Arrest AND Near-death experiences	3	2	0	Peer reviewed Research article
5 (Sekundär)	Cinalh	Heart Arrest OR Cardiac Arrest AND Adaptation, psychological	5	2	1	Peer reviewed Research article
6 (Sekundär)	Cinalh	Heart Arrest OR Cardiac Arrest AND Coping	13	1	0	Peer reviewed Research article
7 (Sekundär)	Pubmed	Heart Arrest OR Cardiac Arrest AND Adaptation OR Expressed emotions OR Fear	182	5	0	
8 (Sekundär)	Pubmed	Heart Arrest OR Cardiac Arrest AND Adaptation, psychological	42	3	0	

BILAGA 2 (Artikelöversikt)

Sökning	Författare	Titel	År/land	Syfte	Metod
2	Domingo Palacios-Cena, Marta Elena Losa-Iglesias, Paloma Salvadores-Fuentes & Cesar Fernandez-de-las-Penas	Sudden cardiac death: the perspectives of Spanish survivors	2011 Spanien	Investigate the life experiences of patients who were recuscitated successfully following a sudden cardiac death	Kvantitativ metodteori
2	Alan Uren & Paul Galdas	The experiences of male sudden cardiac arrest survivors and their partners: a gender analysis	2014 Storbritannien	Explore how masculinities shape the experiences of men and their partners after survival from out-of-hospital cardiac arrest	Kvalitativ metodteori
2	Andur Ketilsdottir, Hildur Rut Albertsdottir, Solveig Helga Akadottir, Thora Jenny Gunnarsdottir & Helga Jonsdottir	The experience of sudden cardiac arrest: Becoming reawakened to life	2013 Island	Describe survivors experiences following sudden cardiac arrest and recuscitation	Kvalitativ metodteori
1	Ann-Sofie Forslund, Karin Zingmark, Jan-Håkan Jansson, Dan Lundblad & Siv Söderberg	Meanings of people's lived experiences of surviving an out-of-hospital cardiac arrest, 1 month after the event	2014 Sverige	Elucidate meanings of people's lived experiences of surviving an OHCA with validated myocardial infarction, 1 month after the event	Kvalitativ metodteori
3	Anders Bremer, Karin Dahlberg & Lars Sandman	To survive out-of-hospital cardiac arrest: A search for meaning and coherence	2009 Sverige	We describe patients' experiences of surviving OHCA.	Kvalitativ metodteori
2	E.M. Wachelder, V.R.M.P. Moulart, C. van Heugsten, J.A. Verbunt, S.C.A.M. Bekkers & D.T. Wade	Life after survival: Long-term daily functioning and quality of life after an out-of-hospital cardiac arrest	2009 Nederländerna	Determine the level of functioning of out-of-hospital cardiac arrest survivors 1-6 years later	Kvantitativ retrospektiv kohort enkätstudie
3	Gunnar Gamper, Matthaeus Willeit, Fritz Sterz, Harald Herkner, Alexander Zoufaly, Kurt Hornik, Christof Havel & A.N. Laggner	Life after death: Posttraumatic stress disorder in survivors of cardiac arrest – Prevalence, associated factors, and the influence of sedation and analgesia	2004 Österrike	Prevalence of posttraumatic stress disorder in long term survivor of cardiac arrest, the role of specific stress factors related to cardiac arrest for the development of PTSD, the influence of sedation and analgesia during of after cardiac arrest on the occurrence of PTSD	Kvantitativ prospektiv kohort enkätstudie
3	Veronique R. M. P. Moulart, Esther M. Wachelder, Jeanine A. Verbunt, Derick T. Wade & Caroline M. van Heugten.	Determinants of quality of life in survivors of cardiac arrest	2010 Nederländerna	To study factors related to quality of life after hypoxic period due to cardiac arrest	Kvantitativ enkätstudie
3	Conor Deasy, Janet Bray, Karen Smith, Linton Harriss, Stephen Bernard & Peter Cameron	Functional outcomes and quality of life of young adults who survive out-of-hospital cardiac arrest	2012 Australien	The aim of this study was to assess their functional and quality of life outcomes	Kvantitativ enkätstudie via telefon
2	Ing-Marie Larsson, Ewa Wallin, Sten Rubertsson & Marja-Leena Kristofferzon	Health-related quality of life improves during the first six	2013 Sverige	To investigate whether there were any changes in and correlations between anxiety, depression and health-related	Kvantitativ enkätstudie

		months after cardiac arrest and hypothermia treatment		quality of life over time, between hospital discharge and one and six months after cardiac arrest, in patients treated with therapeutic hypothermia	
5	Mary Jane Sauvé	Long-term physical functioning and psychosocial adjustment in survivors of sudden cardiac death	1995 USA	To identify and describe a range of functional health outcomes in a sample of sudden cardiac death survivors	Kvantitativ enkät, intervju och journalstudie

BILAGA 3 (Artikelgranskning)

Författare	Poäng	Grad
Domingo Palacios-Cena, Marta Elena Losa-Iglesias, Paloma Salvadores-Fuentes & Cesar Fernandez-de-las-Penas	41	I
Alan Uren & Paul Galdas	41	I
Andur Ketilsdottir, Hildur Rut Albertsdottir, Solveig Helga Akadottir, Thora Jenny Gunnarsdottir & Helga Jonsdottir	40	I
Ann-Sofie Forslund, Karin Zingmark, Jan-Håkan Jansson, Dan Lundblad & Siv Söderberg	40	I
Anders Bremer, Karin Dahlberg & Lars Sandman	39	I
E.M. Wachelder, V.R.M.P. Moulaert, C. van Heugsten, J.A. Verbunt, S.C.A.M. Bekkers & D.T. Wade	40	I
Gunnar Gamper, Matthaes Willeit, Fritz Sterz, Harald Herkner, Alexander Zoufaly, Kurt Hornik, Christof Havel & A.N. Laggner	39	I
Veronique R. M. P. Moulaert, Esther M. Wachelder, Jeanine A. Verbunt, Derick T. Wade & Caroline M. van Heugten.	36	II
Conor Deasy, Janet Bray, Karen Smith, Linton Harriss, Stephen Bernard & Peter Cameron	30	III
Ing-Marie Larsson, Ewa Wallin, Sten Rubertsson & Marja-Leena Kristofferzon	33	II
Mary Jane Sauvé	29	III