



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för Folkhälso- och Vårdvetenskap

När hjärtat slutar slå

Upplevelser av livet efter ett hjärtstopp

Författare:

Felicia Brauer

Maria Enfeldt

Handledare:

Mona Pettersson

Examinator:

Cecilia Arving

Examensarbete i omvårdnad 15 p

Sjuksköterskeprogrammet 180 p

2019

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Ett hjärtstopp innebär att hjärtats pumpförmåga har blivit reducerad och inte kan tillgodose cirkulationssystemet med blod, vilket orsakar en cirkulationssvikt. Under 2017 räddades 1444 människor till livet efter ett plötsligt hjärtstopp.

Syfte: Syftet med föreliggande studie var att belysa patienters och anhörigas upplevda livskvalitet efter ett hjärtstopp.

Metod: Metoden för studien var en litteraturöversikt baserad på 13 vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Sju av de inkluderade vetenskapliga artiklarna riktades från ett patientperspektiv, fem var från ett anhörigperspektiv och en av artiklarna hade både patient- samt anhörig-perspektiv. De inkluderade artiklarna identifierades på databaserna PubMed och PsykINFO och de granskades med hjälp av SBU (2014) granskningsmall.

Resultat: Litteraturöversiktens resultat presenterades utifrån fyra kategorier, vilka tre hade två subkategorier vardera. Patienterna upplevde händelsen som en emotionell utmaning som kantades av lidande och hopplöshet inför sina nya begränsningar. De upplevde ett existentiellt lidande över att inte kunna leva det liv som önskades och de fick ett nytt perspektiv på livet. Anhöriga blev i samband med hjärtstoppet rädda och chockade och de tyckte att ansvaret att behöva utföra HLR var betungande. Efter händelsen fick anhöriga en ökad arbetsbelastning och ett stort ansvar och deras livskvalitet påverkades på flera sätt.

Slutsats: Ett hjärtstopp påverkar det vardagliga livet och livskvaliteteten hos både patienter och anhöriga. Stödet och informationen från vården till både patienter och anhöriga behöver bli bättre.

Nyckelord: Hjärtstopp, patient, livskvalitet, närstående, överlevnad.

ABSTRACT

Background: A cardiac arrest implies that the heart's ability to provide the circulatory system with blood has been reduced, causing a circulatory failure. In 2017, 1444 people were saved to life after a sudden cardiac arrest.

Aim: The purpose of the present study was to highlight the perceived quality of life of patients and their relatives after a cardiac arrest.

Method: A literature review based on 13 qualitative articles. Seven of the included articles were described from a patient perspective, five from a relative's perspective and one of the articles had both patient and relative perspectives. The articles were identified on PubMed and PsykINFO. Quality assurance and a quality analysis were made using the SBU (2014) review template.

Result: Results from the literature review were presented in four categories, three of which had two subcategories each. The patients experienced the event as an emotional challenge that was lined with suffering and hopelessness for their new limitations. They experienced an existential suffering over not being able to live the life they wanted and they got a new perspective on life. Relatives were afraid and shocked, they felt that the responsibility for having to perform CPR was difficult. After the incident, relatives had an increased workload and a greater responsibility and their quality of life were affected in several ways.

Conclusion: A cardiac arrest affects the everyday life and quality of life of both patients and relatives. Support and information from the healthcare personnel to both patients and relatives need to be improved.

Keywords: Heart arrest, patient, quality of life, relative, survival.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
ABSTRACT	2
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
BAKGRUND	5
HJÄRTSTOPP	5
AKUT BEHANDLING AV HJÄRTSTOPP	5
INDUCERAD HYPOTERMIBEHANDLING	6
VÅRDENS BEMÖTANDE I SAMBAND MED HJÄRTSTOPP	6
LIVSKVALITET EFTER HJÄRTSTOPP	6
TEORETISK REFERENSRAM	7
<i>Katie Erikssons omvårdnadsteori</i>	7
DEFINITIONER	8
<i>Anhörig</i>	8
<i>Existentialism</i>	8
<i>Nära döden-upplevelse</i>	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
FRÅGESTÄLLNINGAR	9
METOD	9
DESIGN	9
SÖKSTRATEGI	9
<i>Urval</i>	9
<i>Sökstrategi</i>	10
BEARBETNING OCH ANALYS	11
<i>Kvalitetsanalys</i>	11
<i>Resultatanalys</i>	12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
RESULTAT	12
KÄNSLOR	13
<i>Upplevelser av kaos, oro och skuld</i>	13
<i>Känsla av tacksamhet och hopp</i>	15
MENING OCH SAMMANHANG	15
<i>Existentiell medvetenhet</i>	15

<i>Förändrad livssyn</i>	16
ETT FÖRÄNDRAT LIV	16
TRYGGHET OCH STÖD	18
<i>Stöd och sociala relationer</i>	18
<i>Kontroll och ansvar</i>	18
DISKUSSION	19
RESULTATDISKUSSION	19
<i>Hur upplever patienten sin livskvalitet ur ett psykiskt, fysiskt och socialt perspektiv efter ett hjärtstopp?</i>	19
<i>Hur upplever patienten att hjärtstoppet har påverkat hen existentiellt?</i>	21
<i>Hur upplevde anhöriga situationen då hjärtstoppet inträffade?</i>	22
<i>Hur upplevde anhöriga sin livskvalitet efter händelsen?</i>	23
METODDISKUSSION	25
SLUTSATS	26
REFERENSER	27
BILAGA 1. – ARTIKELÖVERSIKT	5

BAKGRUND

Hjärtstopp

Under 2017 räddades 1444 människor till livet efter ett plötsligt hjärtstopp. Överlevnaden 30 dagar efter ett hjärtstopp beräknas vara 32,8 % om det inträffade på sjukhus och 11,4% utanför sjukhus (HLR-rådet, 2018). Ett hjärtstopp innebär att hjärtats pumpförmåga har blivit reducerad och inte kan tillgodose cirkulationssystemet med blod, vilket orsakar en cirkulationssvikt. Den vanligaste orsaken är ett totalstopp i kärlet orsakat av ischemi i myokardiet, det vill säga en ST-höjningsinfarkt (STEMI). Andra vanliga bakomliggande orsaker är arteroskleros och trombos. Även medfödda hjärtfel som till exempel klaffinsufficiens och medfödd stenos samt kraftigt trauma mot buken kan ligga bakom ett hjärtstopp (Eikeland, Haugland & Strubberud, 2011). Riskerna för hjärt- och kärlsjukdomar kan delas in i modifierbara och icke modifierbara risker. Modifierbara risker innebär risker som patienten själv utsätter sig för och icke modifierbara risker är de som patienten själv inte kan påverka. Modifierbara risker är exempelvis individer med låg fysisk aktivitetsnivå, diabetes, övervikt och ökad stressnivå, rökning samt hypertoni. De icke modifierbara riskerna som föreligger vid hjärtstopp är kön, ålder och ärftlighet (Eikeland et al., 2011).

Akut behandling av hjärtstopp

Den initiala handläggningen vid ett trauma är att följa Advanced Trauma Life Support principens ABCDE-metod för att finna orsaken till traumat. Först kontrolleras att patienten har fria luftvägar genom att se, lyssna och känna efter andning. Om ingen andning finns bör ett hjärtstopp misstänkas. Den initiala behandlingen som ges vid ett hjärtstopp är hjärt-lungräddning (HLR). En individ som drabbats av hjärtstopp är i ett akut behov av återupplivningsbehandling vilket snabbast sker med hjälp av HLR (Karim, 2016). Tiden är den viktigaste faktorn för överlevnad och minskad skaderisk orsakad av syrebrist. Enligt Strand (2017) reduceras möjligheten till patientens överlevnad med 10% för varje minut patienten inte får tillräcklig återupplivningsbehandling. Det blir därför livsavgörande att drabbade patienter får tidig och effektiv HLR. HLR består av två moment. Det första momentet inleds med 30 bröstkompressioner. Trycket från kompressionerna bör vara cirka 5 cm djupa och takten av dessa ska vara mellan 100-120 kompressioner i minuten. Det andra momentet består av 2 inblåsningar. Detta görs kontinuerligt tills ytterligare hjälp finns eller att patienten reagerar på stimuli och återfår cirkulation (HLR-rådet, 2018). Behandling med HLR är en mekanisk cirkulation som kommer att förse kroppen med syre, tills att

defibrillering kan påbörjas; dock har HLR ingen hjärtstartande effekt. Utöver omedelbar HLR ska först anländande person larma direkt, för att snabbt få tillgång till hjärtstartare (Strand, 2017). Hjärtstartaren kommer att analysera patientens hjärtrytm och kommer vid arytmier som ventrikelflimmer och ventrikeltakykardi att defibrillera. Vid avsaknad av elektrisk ledning i hjärtat som vid asystoli eller pulslös elektrisk aktivitet (PEA) startar inte defibrillatorn eftersom den då inte kan ge någon effekt (Strand, 2017).

Inducerad hypotermibehandling

Inducerad hypotermibehandling kan användas då risk för ischemi föreligger hos patient som är medvetslös efter ett hjärtstopp. Behandlingen innebär en inducerad sänkning av patientens kroppstemperatur till 32-34 grader. Nedkylningen gör att kroppens celler kräver mindre syretillförsel än normalt vilket reducerar mängden av allvarlig celldöd (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering [SBU], 2006).

Vårdens bemötande i samband med hjärtstopp

För att optimera rehabiliteringen är det av vikt att patienten känner sig trygg och lugn (Eikeland et al., 2011). Om patienten och närstående får uppleva tillit, hopp och mening kan det bidra till ett minskat lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Ett respektfullt bemötande inom vården är enligt Dickert och Kass (2009) ett komplext begrepp. Det består av autonomi, individanpassad vård, information, uppmärksamhet av individuella behov samt bemötande med värdighet. Genom att se, lyssna och förstå ska sjuksköterskan även finnas för patienten som stöd och motivation (Dickert & Kass, 2009).

Livskvalitet efter hjärtstopp

Enligt WHO (1997) är livskvalitet ett komplext begrepp som påverkas av individens fysiska samt psykiska hälsa. Inom den vetenskapliga litteraturen tolkas livskvalitet oftast som ”välstånd, lycka, meningsfullhet och handlingsfrihet” (Statens Offentliga Utredningar [SOU], 2015). Enligt Janlert (2000) är livskvalitet ett mått på livsvärde, som inbegriper allt från kroppsligt välbefinnande till möjlighet att ägna sig åt meningsfull verksamhet.

Att drabbas av allvarlig hjärtsjukdom kan medföra en nedsatt livskvalitet (Hjärt-lungfonden, 2017) men tidigare forskning om livskvalitet hos patienter och anhöriga efter ett hjärtstopp har dock visat på olika resultat. Enligt Elliott, Rodgers och Brett (2011) upplevde flera av patienterna en acceptabel eller god livskvalitet, medan några upplevde en försämrad livskvalitet.

Flera studier visar att ångest och posttraumatiskt stressyndrom är vanligt förekommande efter ett hjärtstopp (Haydon et al., 2016; Moulaert, Wachelder, Verbunt, Wade & van Heugten, 2010) och det är även vanligt med försämrat korttidsminne, frontallobsdysfunktion, mild depression och störd sömnrhythm (Cronberg, Lilja, Rundgren, Friberg & Widner, 2009). Resultatet från Beeseems, Wittebrood, de Haan, och Koster (2014) visar däremot att de drabbade hade normal funktion och kognitiv förmåga 6-12 månader efter hjärtstoppet. Den största förbättringen vad gäller minskat beroende av hjälp vid ADL inträffar enligt Lundgren- Nilsson, Rosén, Hofgren, och Sunnerhagen (2005) under de första 45 dagarna efter händelsen. En studie av van Wijnen, Rasquin, van Heugten, Verbunt och Moulaert (2017) visar att de flesta anhöriga återfick sitt normala välbefinnande under de 12 första månaderna efter händelsen. De anhöriga som innan händelsen hade emotionella eller kognitiva svårigheter riskerade däremot att få en ökad vårdbörd (van Wijnen et al., 2017).

Teoretisk referensram

Katie Erikssons omvårdnadsteori

Eriksson (2018) har en humanistisk och kristen utgångspunkt då hon beskriver människan som en enhet av kropp, själ och ande. Kroppen är människans fysiska dimension som hon förhåller sig till omvärlden med. Kroppen är central för identiteten och den bär hennes livshistoria. I den själsliga dimensionen finns människans medvetenhet, tankarna och känslorna. Anden är den existentiella dimensionen med frågor som varför drabbades jag, varför finns jag, vad är meningen med livet? Den mänskliga miljön består av både den yttre och inre som tillsammans bildar människans livsrum. Där finns det fysiska, psykosociala och andliga livsrummet. Hälsan är förenad med hela människan (kropp, själ och ande). I varje människa finns förutsättningarna för att skapa hälsa. Vad som är optimal hälsa är individuellt och personligt.

Enligt Katie Eriksson påverkas patientens livssituation av sjukdom, ohälsa och själva situationen av att vara patient. Ordet patient betyder ursprungligen "den lidande, den som tåligt fördrar och uthärdar" (Eriksson, 2018, s 335). Patientens lidande kan vara av olika slag; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande orsakas av sjukdom och behandling och förorsakar i första hand kroppslig smärta, men kan även ge själsligt och andligt lidande. Vårdlidande kan uppstå på grund av kränkning av patientens värdighet, dömande, straff och utebliven vård. Livslidande kan förklaras som ett lidande som påverkar hela hens livssituation. Det kan vara ett hot mot patientens totala existens eller en förlust av

delar av densamme (Eriksson, 2018).Omvårdnadens grund är enligt Eriksson tro, hopp och kärlek. Människan är en naturlig vårdare, både till sig själv och andra. Människan formas i samspelet med konkreta andra vårdande människor, men även med det abstrakta andra, som människans tro och gudsförhållande. Enligt Eriksson (2018) är “källan till det sanna vårdandet” (s 362) att lida med den andre, att ha medlidande.

Definitioner

Anhörig

I detta arbete används begreppet *anhörig* utifrån Socialstyrelsens definition ”person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna” (Socialstyrelsen, id.).

Existentialism

Begreppet existentialism har flera olika definitioner. Enligt Svensk MeSH definieras begreppet som en analys av individens eget liv, av individens tro, hens ansvar, erfarenheter. Individens frihet är unik för just denne. Begreppet involverar även individens egna lidande och känsla av skuld och oro (i.d.). Kallenberg och Stifoss-Hanssen (1996) menar att de existentiella frågorna är de som besvarar individens mening med livet, vad individen ser som sin tillvaro i livet samt vad denne värderar med livet.

Nära döden-upplevelse

Enligt Moody (1975) är nära döden-upplevelser en psykologisk erfarenhet med en emotionell påverkan som sker vid mötet med ett fysiskt eller psykiskt livshotande trauma. Denna upplevelse kan speglas olika för olika patienter. En del kan uppleva ett lugn och en glädje, andra kan se döda, möta andevärlden eller se ”ljuset”.

Problemformulering

Ett hjärtstopp är en livshotande situation som kan bli dramatisk för både patient och anhöriga. Det kan medföra fysiska, psykiska och sociala samt existentiella förändringar. En viktig utgångspunkt för omvårdnad ska vara patientens egen upplevelse. Studier om patienters upplevda livskvalitet har fått varierade resultat och antalet studier om anhörigas livskvalitet är få. Genom att sammanställa tidigare forskning kan kunskap erhållas om hur patienter och deras anhöriga, upplever sin livskvalitet efter hjärtstoppet. Det är kunskap som kan ligga till grund för god omvårdnad.

Syfte

Syftet med föreliggande studie är att belysa patienters och anhörigas upplevda livskvalitet efter ett hjärtstopp.

Frågeställningar

- Hur upplever patienten sin livskvalitet ur ett psykiskt, fysiskt och socialt perspektiv efter ett hjärtstopp?
- Hur upplever patienten att hjärtstoppet har påverkat hen existentiellt?
- Hur upplever anhöriga situationen då hjärtstoppet inträffade?
- Hur upplever anhöriga sin livskvalitet efter händelsen?

METOD

Design

För att besvara syftet har en litteraturöversikt baserad på kvalitativa studier genomförts. Enligt Friberg (2012) är det en metod som systematiskt och objektivt sammanställer vetenskaplig litteratur.

Sökstrategi

Urval

Inklusionskriterier var att det skulle vara en originalartikel med en kvalitativ ansats och att den skulle vara publicerade i en vetenskaplig tidskrift under eller efter 2008. Deltagarna skulle vara vuxna över 18 år som överlevt ett plötsligt hjärtstopp eller anhöriga till patienter som överlevt hjärtstopp. Artikeln skulle vara skriven på svenska eller engelska och tillgänglig

i full text på Uppsala Universitets elektroniska prenumerationer samt vara etiskt granskad alternativt innehålla en etisk diskussion. Exklusionkriterier var vetenskapliga artiklar som svarade på studiens syfte men var av låg kvalitet.

Sökstrategi

Artikelsökning utfördes i databaserna PubMed och PsycINFO. Passande söktermer till studiens syfte identifierades med hjälp av Karolinska Institutets Svensk MeSH. Söktermerna kombinerades på olika sätt för att avgränsa och precisera sökningen. I PubMed användes MeSH-termerna; aftercare, cardiac arrest, emotions, family, heart arrest, partners cardiac arrest, psychological, qualitative, quality of life och survival. I PsycINFO användes vid ett tillfälle Basic Search och vid övriga tillfällen Advanced Search samt fritextsökningensorden; aftercare, cardiac arrest, cardiopulmonary resuscitation, crp , emotional support, heart arrest, psycho*, psychological support och surviv* samt fraserna “quality of Life” och “well being”. För att få resultat av alla böjningsformer och därmed möjliggöra fler träffar användes vid vissa ord och i enlighet med Forsberg och Wengström (2015) en asterix (*) som trunkering.

Artiklarnas titlar granskades gemensamt. Vissa artiklar var inte unika utan återkom i flera sökningar. De deltog emellertid endast en gång i studien. Därpå lästes abstrakt igenom på de artiklar vars titel motsvarade studiens syfte. Tre artiklar exkluderades efter läst abstrakt eftersom två av dessa inte fanns tillgängliga via Uppsala universitets elektroniska prenumerationer och den tredje exkluderades då den var av kvantitativ metod.

Tabell 1. Litteratursökningsprocedur.

Databas Sökdatum	Sökord	Begränsningar	Utfall	Antal valda efter att ha läst titel	Antal valda efter att ha läst abstrakt	Antal granskade artiklar	Inkluderade artiklar
Pubmed 2019-01-28	partners cardiac arrest AND kvalitativ	Inga begränsningar	6	3	3	3	2
PubMed 2019-01-28	cardiac arrest AND survival AND emotions	10 år	9	3	2 varav 1 unik	1	1
PubMed 2019-01-28	heart arrest AND quality of life AND survive	10 år	19	6	1	1	1

PubMed 2019-01-28	cardiac arrest AND family AND qualitative	Inga begränsningar	31	15	9	6	5
PubMed 2019-01-28	cardiac arrest AND aftercare AND psychological	10 år	26	12	3 varav 1 unik	1	1
PsycINFO 2019-01-28	heart arrest AND surviv* AND psycho*	Basic Search 2008-	56	12	3 varav 1 unik	1	1
PsycINFO 2019-01-28	cardiac arrest OR cardiopulmonary resuscitation OR cpr OR resuscitation AND quality of life OR well being OR well-being AND survive*	Advanced Search 20018-	8	3	2 varav 1 unik	1	1
PsycINFO 2019-01-28	heart arrest OR cardiac arrest AND aftercare OR 'emotional support' OR support	Advanced Search 2008-	118	12	5 varav 0 unik	0	0
PsycINFO 2019-01-28	heart arrest OR cardiac arrest AND psychological	Advanced Search 2008-	93	7	2 varav 0 unik	0	0
PubMed 2019-02-21	Cardiac arrest AND life experience AND qualitative AND survival	10 år	12	3	2 varav 1 unik	1	1

Bearbetning och analys

Kvalitetsanalys

Kvalitetsanalys utfördes med hjälp av SBU:s granskningsmall, se Bilaga 1 (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering [SBU], 2014). Antal frågeställningar var 21 stycken. Varje Ja-svar gav 1 poäng medan varje Nej-, Oklart- eller Ej tillämpligt- svar gav 0 poäng. Artiklar med 0–7 poäng bedömes som låg kvalitet, de med 8–14 poäng som medel kvalitet och de på 15–21 poäng som hög kvalitet. Endast artiklar som uppfyllde medel eller

hög kvalitet inkluderas i studien. Två (2) av artiklarna var av medel kvalitet och elva (11) var av hög kvalitet, se bilaga 2.

Resultatanalys

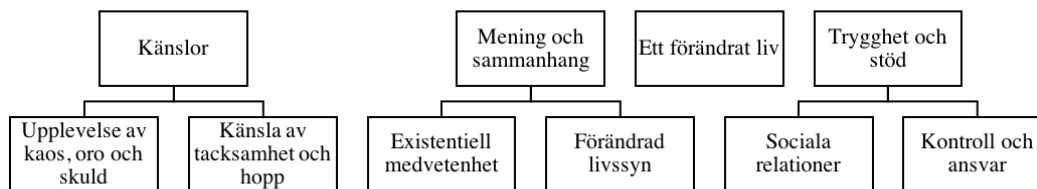
Analysen av de kvalitativa resultaten i artiklarna utgick ifrån Forsberg och Wengströms (2015) analysprocess. Artiklarna lästes igenom flera gånger utifrån patienternas och anhörigas frågeställningar. Likheter och skillnader analyserades och utifrån det skapades kategorier och subkategorier (Forsberg och Wengströms, 2015). Artikelöversikten presenteras i Bilaga 2.

Forskningsetiska överväganden

Forsberg och Wengström (2015) framhåller att artiklar ska ha ett etiskt godkännande alternativt innehålla etiska överväganden, vilket artiklar inkluderade i denna studie har. Artiklarna är även granskade utifrån ett öppet förhållningssätt för att ej påverka resultat och analys, vilket Dahlberg & Segesten (2010) rekommenderar. Det är inte etiskt att endast involvera studier som svarar till forskarnas önskade resultat eller värderingar (Forsberg & Wengström, 2015). I litteraturöversikten är därför studier inkluderade som svarar till syftet, oavsett om dessa framhäver positiva eller negativa aspekter.

RESULTAT

Studien inkluderade 13 artiklar varav nio från Sverige och en artikel från vardera från: Island, Spanien, Kanada och Norge. Inkluderade artiklar är intervjustudier med västerländskt sjukvårdsperspektiv. Sju av artiklarna har ett patientperspektiv, fem av dem har ett närstående perspektiv och en av artiklarna har både patient- och närstående perspektiv.



Figur 1. Kategorier med subkategorier

Känslor

Upplevelser av kaos, oro och skuld

Patienterna påverkades emotionellt av händelsen (Forslund, Jansson, Lundblad & Söderberg, 2017; Palacios-Ceña, Losa-Iglesias, Salvadores-Fuentes, & Fernández-de-las-Peña, 2011; Uren & Galdas, 2014) och de upplevde en chock då de insåg vad de varit med om (Bremer, Dahlberg & Sandman, 2009b; Brännström, Niederbach & Rödin, 2017) samt känslor av kaos, sårbarhet, hopplöshet och exponering relaterat till förlusten av kroppskontroll. Vid uppvaknandet upplevde flera av patienterna smärta, oro och rädsla (Bremer et al., 2009b). De hade även minnesförlust av händelsen och var omedvetna om sitt tillstånd (Bremer et al., 2009b; Bremer, Dahne, Stureson, Årestedt & Thylen, 2018; Brännström et al., 2017; Forslund, Zingmark, Jansson, Lundblad & Söderberg, 2014). Mängden minnen av händelsen varierade för patienterna (Forslund et al., 2014; Forslund et al., 2017; Brännström et al., 2017) och minnesluckan upplevdes svårt att förstå och påverkade framtiden för patienterna (Bremer et al., 2009b). Minnen av händelsen kunde uppkomma en lång tid efteråt, vilket hindrade dem att gå vidare med sina liv.

Efter utskrivningen var många rädda för att hjärtat skulle sluta slå och andra fick ångest av att sova i mörker, vilket medförde en känsla av hopplöshet (Bremer et al., 2018). Flera patienter hade upplevt försymtom, vilket oroadе dem för att uppleva dessa symtom igen (Forslund et al., 2014; Ketilsdottir, Albertsdottir, Akadottir, Gunnarsdottir & Jonsdottir, 2013; Forslund et al., 2014). Negativa emotioner så som nedstämdhet och ilska fick patienterna att avboka

aktiviteter (Forslund et al., 2017) och känslan av sorg och skam för sina nya kroppsliga begränsningar orsakade undvikande av sociala sammanhang och isolering från omgivningen (Forslund et al., 2017; Bremer et al., 2009b). Några av patienterna hade reflekterat över sin tidigare livsstil (Bremer et al., 2009b; Forslund et al., 2014; Forslund et al., 2017) vilket medförde känslor av skuld och ånger samt insikt av eventuella orsaker till hjärtstoppet (Bremer et al., 2009b), andra hade ingen förståelse varför just de hade drabbats (Bremer et al., 2009b; Bremer et al., 2018; Brännström et al., 2017; Forslund et al., 2014). Flera upplevde en skuld och oro dels över anhörigas upplevelse av hjärtstoppet (Bremer et al., 2009b; Forslund et al., 2014) samt att de skapat större ansvar och tyngd för sina anhöriga med sina nedsatta kroppsfunktioner som kräver anhörigas hjälp att hantera vardagen (Forslund et al., 2017; Bremer et al., 2009b). När personer från omgivningen undrade om patienternas mående upplevde de skuldkänslor (Forslund et al., 2014).

Anhöriga upplevde chock och rädsla i samband med återupplivningssituationen (Bremer, Dahlberg & Sandman, 2009a; Larsson, Wallin, Rubertsson & Kristoferzon, 2012; Löf, Sandström & Engström, 2010). En del fick panik vilket yttrade sig i ologiska, frenetiska eller passiva beteenden medan andra kunde tänka rationellt (Larsson et al., 2012). Anhöriga upplevde rädsla och osäkerhet i att initiera HLR samt för att göra misstag (Bremer et al., 2009a; Holm, Norekvål, Fållun & Gjengedal, 2012; Löf et al., 2010) och skada patienten (Bremer et al., 2009a; Holm et al., 2012). Att bevittna HLR inklusive defibrillering beskrevs som svårt och några anhöriga klarade inte av det (Löf et al., 2010). De egna insatserna ansågs av vissa som meningslösa, på grund av att de inte trodde att de gick att överleva ett hjärtstopp (Bremer et al., 2009a). Efteråt fick anhöriga skuldkänslor då de kände att de kanske inte hade gjort allt de kunnat vid HLR-situationen eller inte utfört den rätt (Bremer et al., 2009a; Holm et al., 2012). Efter återupplivningen hade anhöriga ångest då de insåg att patienten hade varit nära döden, men överlevt (Bremer et al., 2009a; Larsson et al., 2012). Tiden då man väntade på att patienten skulle vakna upp efter hypotermibehandlingen upplevdes som svår och stressande (Löf et al., 2010; Larsson et al., 2012; Holm et al., 2012). De oroade sig för patientens framtida livskvalitet (Holm et al., 2012; Löf et al., 2010). Anhöriga upplevde att deras eget lidande inte erkändes och lidandet och ensamheten ökade av att de försökte dölja sin ångest inför överlevande (Bremer et al., 2009a).

Känsla av tacksamhet och hopp

Flertalet av patienterna uttryckte lycka och tacksamhet för att ha överlevt (Bremer et al., 2009b; Forslund et al., 2014; Forslund et al., 2017, Ketilsdottir et al., 2013). Andra tog inte glädjen att ha överlevt förgivet eftersom det hade kunnat sluta annorlunda (Brännström 2017). Patienter var även tacksamma för att de redan var på sjukhuset vid tiden för hjärtstoppet (Bremer et al., 2018) samt att de inte drabbats av värre begränsningar (Forslund et al., 2017). Många kände även tacksamhet mot de som närvarat under återupplivningen (Bremer et al., 2009b; Forslund et al., 2014; Brännström et al., 2017). Patienterna reflekterade över framtiden (Forslund et al., 2017; Bremer et al., 2009b) vilket minskade osäkerheten och förbättrade välbefinnandet (Bremer et al., 2009b). Dessutom medförde det nya insikter av möjligheter och hopp om framtiden och livskvaliteten (Ketilsdottir et al., 2013; Bremer et al., 2009b).

Anhöriga uttryckte tacksamhet gentemot vårdpersonal, familj, vänner och kolleger (Holm et al., 2012; Larsson et al., 2012; Wallin, Larsson, Rubertsson & Kristoferzon, 2013) och för att den drabbade hade överlevt (Larsson et al., 2012; Löf et al., 2010; Wallin et al., 2013). Akutpersonalen (Bremer et al., 2009a) och utrustningen på IVA (Löf et al., 2010; Holm et al., 2012) ingav de anhöriga hopp och hoppet var enklare att hålla uppe om de fick bra realistiska fakta (Holm et al., 2012). De fick hopp då patienten kände igen dem vid uppvaknandet (Holm et al., 2012; Löf et al., 2010) och de kände hopp inför framtiden (Larsson et al., 2012; Löf et al., 2010; Wallin et al., 2013).

Mening och sammanhang

Existentiell medvetenhet

Efter händelsen hade flera patienter existentiella funderingar (Bremer et al., 200; Brännström et al., 2017) och döden upplevdes vara närvarande i det nya livet (Forslund et al., 2017; Palacios-Ceña et al., 2011; Forslund et al., 2014). Flera hade fått en ny inställning till döden då den varken oroade eller skrämde (Forslund et al., 2017; Forslund et al., 2014; Palacios-Ceña et al., 2011), eftersom döden hade varit som att svimma eller att somna (Forslund et al., 2017 & Forslund et al., 2014), andra upplevde döden som oroande (Brännström et al., 2017). Några av patienterna hade haft nära döden-upplevelser som de ansåg förändrade dem (Palacios-Ceña et al., 2011). En del upplevde att de hade haft en skyddsängel och att de nu levde på lånad tid (Brännström et al., 2017). Patienter upplevde att de inte kunde leva det liv

de önskade, vilket medförde existentiell osäkerhet och lidande. Då patienterna fick förståelse och förklaring av händelsen samt accepterade sina känslor upplevde de existentiell helhet (Bremer et al., 2009b).

Anhöriga upplevde att livet hade skakats om och att de själva hade förändrats (Bremer et al., 2009a; Larsson et al., 2012). De hade funderingar på meningen med livet (Larsson et al., 2012) och händelsen hade fått dem att inse att livet när som helst kan ta slut (Bremer et al., 2009a; Larsson et al., 2012; Wallin et al., 2013).

Förändrad livssyn

Flertalet patienter upplevde hjärtstoppet som en livsförändrande händelse (Bremer et al., 2018; Brännström et al., 2017; Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013; Palacios-Ceña et al., 2011) och händelsen blev en närvarande påminnelse i deras fortsatta liv (Forslund et al., 2017; Bremer et al., 2009b). Patienterna upplevde att de fått en andra chans att leva sitt liv (Forslund et al., 2014; Forslund et al., 2017), samt ett nytt perspektiv på livet (Palacios-Ceña et al., 2011; Ketilsdottir et al., 2013). Detta påverkade patienterna att omprioritera sitt tidigare liv (Bremer et al., 2018; Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013), samt att leva lugnare och hälsosammare liv (Ketilsdottir et al., 2013; Forslund et al., 2017).

Manliga patienter upplevde att de fått ompröva sin karaktäristiskt manliga identitet (Uren & Galdas, 2014). Att få information om händelsen underlättade för att skapa egen mening och sammanhang (Bremer et al., 2009b; Brännström et al., 2017; Forslund et al., 2017; Forslund et al., 2014; Palacios-Ceña et al., 2011), vilket gjorde det lättare att gå vidare i livet (Bremer et al., 2009b). Andra ville inte få information (Forslund et al., 2017) och undvek därför att reflektera över händelsen (Bremer et al., 2018).

Då anhöriga återgick till det vanliga livet började frågorna om vad som hände och varför att komma (Bremer et al., 2009a). Deras värderingarna i livet hade förändrats och de tog inget för givet utan tog en dag i sänder (Wallin et al., 2013; Bremer et al., 2009a).

Ett förändrat liv

Flertalet patienter fick fysiska och kognitiva begränsningar till följd av hjärtstoppet (Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013; Palacios-Ceña et al., 2011; Uren & Galdas, 2014) vilket gjorde att några inte upplevde sig som samma person (Forslund et al., 2017). Initialt efter hjärtstoppet upplevde patienterna svaghet, orkeslöshet och smärta (Uren & Galdas, 2014;

Ketilsdottir et al., 2013; Forslund et al., 2017; Brännström et al., 2017; Forslund et al., 2014). Patienterna upplevde sin kropp som begränsad och sårbar (Bremer et al., 2009b) vilket till en början hindrade dem att aktiveras (Forslund et al., 2017).

Patienterna strävade efter att återgå till sina tidigare liv och arbete (Forslund et al., 2017; Forslund et al., 2014; Ketilsdottir et al., 2013; Palacios-Ceña et al., 2011; Uren & Galdas, 2014), men det var inte möjligt för alla och flera var tvungna att acceptera sin nya livssituation (Bremer et al., 2018). Det framtida livet upplevdes osäkert vilket orsakade en försiktighet med planering av framtiden och patienterna eftersträvade att återfå kontrollen över sin kropp (Forslund et al., 2017). Flera upplevde en självständighetsförlust då de initialt var beroende av andra för att klara av vardagen (Brännström et al., 2017, Forslund et al., 2017; Uren & Galdas, 2014), vilket grundade en strävan efter oberoende och självbestämmande (Forslund et al., 2017; Uren & Galdas, 2014).

De kognitiva begränsningarna innebar svårigheter att känna igen ansikten, nedsatt läsförmåga och försämrat minne (Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013). Önskan efter att återfå sin identitet och att bli fysiskt och emotionellt välmående var en mental kamp för patienterna (Bremer et al., 2018). Processen underlättades om de fann ett sammanhang och fick bekräftelse från andra med liknande erfarenheter (Bremer et al., 2018; Ketilsdottir et al., 2013). En del patienter upplevde svårigheter med acceptans och förståelse av sina nya roller (Bremer et al., 2018) och förlust av sådant som var viktigt i det tidigare livet (Uren & Galdas, 2014), till exempel den ”klassiska mansrollen” (Palacios-Ceña et al., 2011).

Anhöriga upplevde att det vanliga livet avbröts abrupt av det livshotande hjärtstoppet (Bremer et al., 2009a). De gick ner i arbetstid (Larsson et al., 2012; Löf et al., 2010; Wallin et al., 2013), bytte arbete eller gick i pension tidigare än planerat (Wallin et al., 2013) vilket gjorde att familjeekonomin påverkades negativt (Larsson et al., 2012; Wallin et al., 2013). Anhöriga hade ingen fritid eftersom de prioriterade patienten (Holm et al., 2012; Löf et al., 2010; Wallin et al., 2013), som de ansåg orkade mindre och var mer sorgsen och deprimerad än tidigare (Larsson et al., 2012). De anhöriga hade koncentrationssvårigheter (Löf et al., 2010; Wallin et al., 2013), sömnsvårigheter (Holm et al., 2012; Larsson et al., 2012; Löf et al., 2010), dålig ork och ett labilt humör (Wallin et al., 2013). Anhöriga försökte återgå till det normala livet (Larsson et al., 2012; Wallin et al., 2013) och de började sakta må bättre och få perspektiv på det som hänt (Wallin et al., 2013).

Trygghet och stöd

Stöd och sociala relationer

Patienter ansåg att en förutsättning för en god återhämtning var att vara nära sina anhöriga (Brännström et al., 2017; Forslund et al., 2014) och återhämtningen var viktigt för att uppleva sig som en hel människa (Bremer et al., 2009b). Närvaro av anhöriga och sjukvårdspersonal ansågs även som viktigt för känsla av säkerhet och grund för återhämtning (Brännström et al., 2017). Flera patienter tenderade att lägga sin egenvård i sin partners händer, vilket påverkade förhållandet (Uren & Galdas, 2014; Palacios-Ceña et al., 2011). De berättade inte alltid för sina anhöriga vid känningar av symtom för att inte öka deras oro (Forslund et al., 2017). Det upplevdes svårt för patienterna att förmedla sina erfarenheter av händelsen (Palacios-Ceña et al., 2011; Ketilsdottir et al., 2013).

Anhöriga fick stöd av familj, vänner och bekanta (Holm et al., 2012; Larsson et al., 2012; Löf et al., 2010; Wallin et al., 2013). Med tiden upplevde de att besöken tog tid från patienten och de allra närmaste, så känslan blev ambivalent (Holm et al., 2012). Familjebanden blev starkare efter händelsen men en del hade färre vänner och ett mindre socialt liv (Wallin et al., 2013). Anhöriga önskade bättre kommunikation och mer stöd från vårdpersonalen (Bremer et al., 2009a; Larsson et al., 2012; Wallin et al., 2013). De som fått panik vid återupplivningen uppskattade stödet de fått från akutvårdspersonalen (Holm et al., 2012). De hade behov av att dela erfarenheter med andra med liknande erfarenhet (Wallin et al., 2013).

Kontroll och ansvar

Flera patienter upplevde att man vid hemgång, lämnade säkerheten som fanns inom sjukvården för att komma hem till osäkerhet och ensamhet (Bremer et al., 2018; Ketilsdottir et al., 2013; Palacios-Ceña et al., 2011) eftersom de upplevde sig sårbara i hemmet vilket ökade oron och ångesten (Bremer et al., 2018). Det var en förändring att gå från att vara beroende av maskiner för sin överlevnad till att få vara ensam hemma (Brännström et al., 2017). Några upplevde en övergivenhet att självständigt hantera sin nya livssituation utan hjälp från vården, vilket grundades på bristande empati och uppmärksamhet från vårdpersonalen (Bremer et al., 2018). Flera upplevde en informationsbrist från vården (Bremer et al., 2018; Palacios-Ceña et al., 2011; Uren & Galdas, 2014). Då vårdpersonalen till exempel inte tog upp information om familjeplanering eller tankar kring döden blev patienter oroade för hur de skulle kunna gå vidare i livet (Palacios-Ceña et al., 2011). Det

fanns även informationsbrist relaterat till bröstsmärtan efter återupplivningsprocessen, vilket flera trodde orsakades av hjärtat som då skapade oro och sömnlöshet (Forslund et al., 2014). Andra patienter upplevde att de fick god information under vårdtiden (Brännström et al., 2017).

En del anhöriga upplevde att de förlorade kontrollen och misslyckades med att ta ansvar i HLR-situationen (Bremer et al., 2009a). Efter händelsen upplevde de en ökad arbetsbelastning och ett stort ansvar (Bremer et al., 2009a; Larsson et al., 2012; Uren & Galdas, 2014; Wallin et al., 2013). De kände krav på sig att hålla kontakten och informera andra anhöriga samt stödja dem i deras sorg och oro (Larsson et al., 2012; Wallin et al., 2013). De tyckte detta tog mycket tid, vilket det gav dem dåligt samvete för att de tänkte så (Larsson et al., 2012). Vid hemkomst kände sig anhöriga ansvariga för bland annat kontakten med vården och medicinhanteringen (Uren & Galdas, 2014). En del anhöriga ville skydda sina närmaste och höll inne med information eller pratade inte om händelsen (Larsson et al., 2012). Om patienten tidigare varit ansvarig för familjens bilskjutsande kunde detta skapa spänningar i förhållandet (Uren & Galdas, 2014).

DISKUSSION

Resultatet visar att patienterna upplevde händelsen som en emotionell utmaning som kantades av lidande och hopplöshet inför sina nya fysiska, psykiska och sociala begränsningar. Patienterna upplevde ett existentiellt lidande över att inte kunna leva det liv som de önskade. Händelsen gav patienterna nya insikter av möjligheter och ett hopp om den framtida livskvaliteten. Det framhävde även ett nytt perspektiv på livet. Information om händelsen ansågs enligt patienterna vara nyckeln för att finna ett eget sammanhang och mening av händelsen. Anhöriga upplevde att tiden stannade i samband med hjärtstoppet. De blev rädda och chockade och de tyckte att ansvaret att behöva utföra HLR var betungande. Efter händelsen fick anhöriga en ökad arbetsbelastning och ett stort ansvar och deras livskvalitet påverkades på flera sätt.

Resultatdiskussion

Hur upplever patienten sin livskvalitet ur ett psykiskt, fysiskt och socialt perspektiv efter ett hjärtstopp?

Resultatet visade att patienterna upplevde händelsen som emotionellt utmanande (Forslund et al., 2017; Palacios-Ceña et al., 2011; Uren & Galdas, 2014) och några hade ångest (Bremer et

al., 2018; Ketilsdottir et al., 2013). Det stämmer överens med kvantitativa studier av Lilja och medarbetare (2015) och Naber och Bullinger (2018) som visar att flertalet patienter som överlever ett hjärtstopp upplever symtom av ångest och depression.

Från resultatet framgår det att händelsen hade en psykisk påverkan på patienternas livskvalitet. Flertalet upplevde en minnesförlust och var omedvetna om sitt tillstånd vid uppvaknandet (Bremer et al., 2009b; Bremer, et al., 2018; Brännström et al., 2017; Forslund et al., 2014). Patienterna upplevde även minnessvårigheter och nedsatt förmåga att känna igen ansikten efter händelsen och fick därför svårigheter med att skapa mening och sammanhang (Bremer et al., 2009b; Forslund et al., 2017; Forslund et al., 2014; Palacios-Ceña et al., 2011). Det stämmer överens med tidigare studier av Beesems och medarbetare (2014) samt Moulaert och medarbetare (2017) som visar att patienter som genomgått ett hjärtstopp har minnesproblematik under flera år efter händelsen. Med utgångspunkt från Erikssons (2018) begrepp livslidande kan patienten som drabbas av minnesproblem även påverkas existentiellt eftersom denne nyligen varit i ett tillstånd välförankrat med döden, utan att ha minnen av händelsen. Detta skulle kunna hota individens upplevelse av sin existens och medföra ett lidande i att minnet av händelsen är som ett svart hål, vilket skulle kunna skapa ett livslidande.

Patienterna i denna litteraturöversikt upplevde att det efter hjärtstoppet fanns en underliggande oro för att hjärtat skulle sluta att slå (Bremer et al., 2018). Denna oro är inte obefogad då HLR- rådet presenterar att dödligheten efter ett hjärtstopp är hög. Detta är i enlighet med studier av både Lilja med medarbetare (2015) och Qvick och medarbetare (2018) där dödligheten är stor även efter händelsen. Majoriteten av patienterna fick till följd av händelsen fysiska och psykiska begränsningar (Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013; Palacios-Ceña et al., 2011; Uren & Galdas, 2014), vilket orsakade ett lidande för patienterna (Bremer et al., 2009b). Detta lidande skulle utifrån Erikssons (2018) teori kallas för livslidande, då patienternas begränsningar och lidande påverkar hela deras livssituation och existens. Patienternas nya begränsningar hade även en negativ påverkan på livskvaliteten då de orsakade en social isolering relaterat till känslor av skam och skuld (Forslund et al., 2017; Bremer et al., 2009b). Den nya kroppen upplevdes som svag och sårbar (Bremer et al., 2009b). Med utgångspunkt från Erikssons (2018) teori kan detta beskrivas som ett sjukdomslidande, eftersom de nya begränsningarna medförde ett själsligt lidande för att man nu inte klarar av sådant som var viktigt innan händelsen.

Resultatet visade att anhörigas närvaro var viktig för patienternas återhämtning (Forslund et al., 2014; Brännström et al., 2017) och närvaron av sjukvårdspersonal var också viktig, för en upplevelse av säkerhet (Brännström et al., 2017). Patienterna kände tacksamhet till de som gett dem livet tillbaka (Bremer et al., 2009b; Forslund et al., 2014; Brännström et al., 2017). Patienter kände skuld och oro för att de anhöriga hade behövt bevittna händelsen och för att belastningen ökade på de anhöriga och relationen blev lidande (Forslund et al., 2017; Bremer et al., 2009b). Detta skulle möjligtvis kunna framkalla ett sjukdomslidande då sjukdomen binder dem till hjälplöshet och behov av andra, som då kan skapa ett själsligt lidande (Eriksson, 2018).

Patienter upplevde en informationsbrist från vården generellt men även kring specifika punkter så som familjeplanering och döden (Palacios-Ceña et al., 2011) men även gällande den kvarvarande bröstsmärtan efter återupplivningen (Forslund et al., 2014). Upplevelsen av informationsbrist från vården förekommer även i tidigare forskning bland annat i en studie av Cartledge och medarbetare (2017). Detta kan enligt Erikssons (2018) omvårdnadsteori benämnas som ett vårdlidande då patienterna uteblivit information från vården som hade behövts för att individerna skulle slippa en stor underliggande oro samt hinder för att gå vidare med sina liv. Informationsbristen kan även relateras till Erikssons (2018) begrepp om omvårdnad, då omvårdnaden inte endast sker av vårdpersonal utan även av människor i patientens omgivning. Dock blir omvårdnaden påfrestad eftersom varken de vårdande andra eller patienten själv har erhållit information kring händelsen. Vi anser att denna upplevda informationsbrist är oetiskt eftersom patienterna uttrycker en ökad oro relaterat till informationsbristen. Belysningen av patienters upplevelser anser vi kan ligga till grund för sjukvårdens olika utbildningar och bör för alla professioner vara lika viktig.

Hur upplever patienten att hjärtstoppet har påverkat hen existentiellt?

Efter händelsen upplevde patienterna tankar kring livet och döden (Bremer et al., 2009; Brännström et al., 2017). Flera fick en förändrad inställning till döden, samt att döden var en närvarande del av livet (Forslund et al., 2017; Forslund et al., 2014; Palacios-Ceña et al., 2011). I enlighet med en studie av Aristidou med medarbetare (2018) har patienterna samma perspektiv på döden och livet samt upplever existentiella frågor efter händelsen. Patienterna upplevde existentiellt lidande och osäkerhet eftersom de inte kunde leva det liv de önskade att leva, orsakat av de nya fysiska och psykiska begränsningarna (Bremer et al., 2009b). I relation till Erikssons (2018) begrepp livslidande betyder detta att patienten inte kunde leva

det liv de önskade. Detta kan påverka hela patientens existens eftersom existensen inte lever upp till patientens egen bild om vad detta innebär, vilket sätter individens hela livssituation i en kris. När patienterna nu ges en ny roll och identitet de inte kan påverka kan detta även bidra till ett livslidande. Eftersom identiteten de fått efter hjärtstoppet inte är den de själva identifierar sig med kan detta även bli en mental kamp för att finna vem man själv är (Eriksson, 2018).

Flertalet patienter upplevde hjärtstoppet som en livsförändrande händelse (Bremer et al., 2018; Brännström et al., 2017; Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013; Palacios-Ceña et al., 2011) vilket medförde ett nytt perspektiv på livet (Ketilsdottir et al., 2013; Palacios-Ceña et al., 2011). Andra upplevde att de hade närvaro av en skyddsängel och nu levde på lånad tid (Brännström et al., 2017). Detta kan även utifrån begreppet livslidande beskrivas som att individens existens endast är tillfällig och att patienten kan uppleva ett lidande då denne lever med känslan att snart dö (Eriksson, 2018). Några av patienterna upplevde nära-döden upplevelser (Palacios-Ceña et al., 2011). Det skulle kunna vara möjligt att de som upplevt nära döden-upplevelser påverkades mer existentiellt av händelsen, då de upplevt en psykisk händelse som illustrerar patientens egen död och sedan fått livet tillbaka.

Hur upplevde anhöriga situationen då hjärtstoppet inträffade?

Anhöriga upplevde att både tiden och livet stannade upp i samband med hjärtstoppet (Bremer et al., 2009a; Larsson et al., 2012; Löf et al., 2012). De blev rädda och chockade (Bremer et al., 2009a; Holm et al., 2012; Larsson et al., 2012; Löf et al., 2010) och en del fick panik medan andra klarade av att hantera situationen rationellt (Larsson et al., 2012). Resultatet visade även att anhöriga trots ett yttre lugn kunde ha ett inre kaos (Bremer et al., 2009a). De emotionella reaktionerna i den akuta situationen är i enlighet med vad som framkommit i tidigare studier (Thorén, Danielson, Herlitz & Axelsson, 2010; Weslien, Nilstun, Lundqvist & Fridlund, 2005). De anhöriga i litteraturstudien fick sannolikt något som kallas för en ”akut stressreaktion”, dvs en normal reaktion på en onormal händelse, vilket kan ge upphov till exempelvis ångest, förtvivlan, överaktivitet eller handlingsförlamning (Socialstyrelsen, 2017). Att själva behöva påbörja HLR upplevde de anhöriga som betungande och de var osäkra och rädda för att de skulle skada patienten (Bremer et al., 2009a; Holm et al., 2012; Löf et al., 2010). En del trodde å andra sidan att det var det meningslöst att försöka, då de inte trodde att man kan överleva ett hjärtstopp (Bremer et al., 2009a). Att bevittna HLR och defibrillering var svårt för de anhöriga och en del klarade inte av det (Löf et al., 2010).

Liknande resultat om anhörigas brist på självförtroende såg även Thorén och medarbetare (2010) i sin studie om anhörigas reaktioner vid ett hjärtstopp hemma. Att en del anhöriga under hjärtstopp- och livräddningssituationen har svårt att hålla huvudet kallt och agera korrekt är inte förvånande. Ett hjärtstopp är livshotande och för många anhöriga är det även något som de aldrig tidigare har bevittnat eller tränat inför.

Resultatet visade att anhörigas känslor av hopp och hopplöshet varierade (Bremer et al., 2009a; Holm et al., 2012). Orsaken till anhörigas känsla av hopplöshet är enligt Erikssons teori deras eget lidande. För att de anhöriga ska kunna lindra sitt lidande behöver de hopp. Tröst och hopp är något Eriksson menar att alla människor behöver, men också något alla människor kan ge till andra (Eriksson, 2018). Studiens resultat visade att vårdens agerande gentemot de anhöriga var viktigt (Bremer et al., 2009a; Holm et al., 2012, Wallin et al., 2013). Resultatet stärks av forskning som visar att det i den akuta situationen är viktigt med stöd från personalen på SOS Alarm (Thorén et al., 2010) och från akutpersonalen (Sak-Dankosky, Andruszkiewicz, Sherwood & Kvist, 2018; Wagner, 2004). Anhöriga hade efteråt svårt att förstå att patienten hade överlevt (Bremer et al., 2009a) vilket kan förklaras av att en akut stressreaktion bland annat kan leda till förvirring (Socialstyrelsen, 2017). Att anhöriga ibland känner att de saknar stöd och information från vårdpersonalen är något som måste tas på största allvar, inte bara för den anhöriges utan även för patientens skull.

Hur upplevde anhöriga sin livskvalitet efter händelsen?

Resultatet visade att anhöriga och deras liv skakades om av hjärtstoppet (Bremer et al., 2009a; Larsson et al., 2012; Löf et al., 2012, Holm et al., 2012). De insåg att livet när som helst kan ta slut (Bremer et al., 2009a; Larsson et al., 2012; Wallin et al., 2013) och insikten om vad som kunde gått förlorat medförde att de värdesatte livet på ett annat sätt än innan (Larsson et al., 2012; Bremer et al., 2009a). Utifrån Erikssons teori hotar hjärtstoppet och dess konsekvenser på olika sätt den anhöriges alla livsrum; det fysiska-, det psykosociala- och det andliga livsrummet. Därmed hotar det också hela hens livssituation (Eriksson, 2018).

Anhöriga försökte återgå till det normala livet (Bremer et al., 2009a; Larsson et al., 2012; Wallin et al., 2013) men de prioriterade patienten. Det innebar att de gick ner i arbets- eller studietid (Larsson et al., 2012; Löf et al., 2010; Wallin et al., 2013) och att många försakade sin egen fritid (Löf et al., 2010; Wallin et al., 2013). En negativ konsekvens av den minskade arbetstiden blev försämrade familjeekonomi (Larsson et al., 2012; Wallin et al., 2013). Att

anhöriga vårdar sina nära torde utifrån Erikssons teori inte vara förvånande då varje människa enligt henne i grunden är en naturlig vårdare. Själva källan till vården utgörs enligt Eriksson (2018) av förmågan att känna medlidande, dvs att lida med den andre, inte att lida själv.

Anhöriga upplevde ett stort ansvar och en ökad arbetsbelastning (Bremer et al., 2009a; Larsson et al., 2012; Uren & Galdas, 2014; Wallin et al., 2013) med bland annat medicinhantering, vårdkontakter och ibland även ett nytt ansvar för familjens bilkörning (Uren & Galdas, 2014). Det ledde till sömn- (Holm et al., 2012; Larsson et al., 2012; Löf et al., 2010) och koncentrationssvårigheter (Löf et al., 2010; Wallin et al., 2013) och ett mer labilt humör (Wallin et al., 2013). Det finns få studier om anhörigas upplevda ansvar och arbetsbelastning efter ett hjärtstopp, men en studie om partner till patienter som överlevt hjärtinfarkt stödjer resultatet (Stewart, Davidson & Hirth, 2000). Mycket av anhörigas energi och tid gick åt till att informera och stödja andra (Holm et al., 2012; Larsson et al., 2012; Wallin et al., 2013). Anhörigas tankar om att det sistnämnda tog för mycket tid gav dem dåligt samvete (Larsson et al., 2012) och studien visade att de dessutom kände skuld för att de upplevde att deras eget lidande inte erkändes (Bremer et al., 2009a; Wallin et al., 2013). De försökte dölja sin ångest inför den som överlevt vilket ökade lidandet och ensamheten ytterligare (Bremer et al., 2009a). Att dessa känslor och hanteringsstrategier är vanligt förekommande stöds av resultaten i en studie av Stewart och medarbetare (2000).

Familjebanden stärktes efter händelsen (Uren & Galdas, 2014; Wallin et al., 2013) men antalet vänner minskade (Wallin et al., 2013). Resultatet visade att stödet från släkt, vänner (Holm et al., 2012; Larsson et al., 2012; Wallin et al., 2013) och kollegor var viktigt (Larsson et al., 2012; Wallin et al., 2013). Anhöriga hade dock ett behov av att dela sina erfarenheter med andra som varit med om en liknande händelse (Wallin et al., 2013). En del anhöriga sökte stöd i religionen (Larsson et al., 2012) vilket enligt vissa kan vara naturligt då lidande enligt von Wright (i Eriksson, 2018) är en viljekamp mellan Gud och den onde som förgäves kämpar om människans själ. Då den anhörige försonar sig med sin situation finner hen möjligheter och mening, och därmed uppstår enligt Eriksson (2018) en mening i lidandet.

Resultatet visade att anhöriga var tacksamma för stödet från vårdpersonalen (Bremer et al., 2009a; Holm et al., 2012; Larsson et al., 2012; Wallin et al., 2013) men de tyckte att både kommunikationen och stödet kunde förbättras (Bremer et al., 2009a; Larsson et al., 2012; Wallin et al., 2013).

De två grupper av anhöriga som enligt tidigare studier har haft störst svårigheter efter hjärtstoppet, och därmed bör vara extra viktiga att stödja, är de som var närvarande vid återupplivningen (Van't Wout Hofland, Moulaert, van Heugten & Verbun, 2018) och de som även innan hade kognitiva eller emotionella svårigheter (van Wijnen, Rasquin, van Heugten, Verbunt & Moulaert, 2017).

Det kan tyckas som självklart att anhöriga till patienter som haft hjärtstopp behöver bra stöd och information, men ändå är det något som alltför ofta verkar glömmas eller prioriteras bort. Det är viktigt att all personal runt patienten och anhöriga är observant och lyssnar in behoven som finns, både under vårdtiden och efter hemgång. Bra stöd från hälso- och sjukvården är viktigt inte enbart utifrån den enskildes perspektiv utan även utifrån samhällets perspektiv. Ohälsa hos anhöriga i form av till exempel stress och utmattning kan leda till bland annat ökade sjukskrivningskostnader.

Metoddiskussion

Studien genomfördes i form av en litteraturstudie. För att svara på studiens syfte och frågeställningar valdes artiklar med kvalitativ ansats ut, då dessa bäst besvarar frågor om deltagarnas egna upplevelser (Forsberg & Wengström, 2015). Det fanns dock få artiklar med patientperspektiv och därför utvidgades studien till att även inkludera anhörigas upplevelser.

För att få fler relevanta studier att granska inkluderades inte några kriterier i sökningen. Artiklarna skulle vara tillgängliga via Uppsala Universitets prenumerationer. Det medförde att några artiklar exkluderades trots att titel och abstrakt stämde mot syfte och frågeställning. Ett annat inklusionskriterium var att artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska vilket medförde att urvalet begränsades ytterligare.

En styrka för denna litteraturöversikt är att de ingående studierna är relativt nypublicerade eftersom de är publicerade under de senaste 10 åren. Detta med utgångspunkt från artiklarnas höga kvalitet gör artiklarnas resultat trovärdigt.

Kvalitetsanalysen genomfördes utefter SBU:s granskningsmall, se bilaga 1. Modellen hade ingen poängsättning vilket innebar att en egen fick utformades och det kan eventuellt ha påverkat resultatet. Styrkor med analysmetoden var att den var tydlig och därför kunde de artiklarna av högst kvalitet väljas ut. Resultatanalysen utfördes enligt Forsberg och Wengströms (2015) analysprocess, vilket gav en god överblick över resultatet från inkluderade artiklar. Majoriteten av de inkluderade artiklarna är skrivna från ett nordiskt

vårdperspektiv och två är från ett västerländskt perspektiv. Styrkor med detta examensarbete är att de artiklar som är inkluderade tydligt reflekterat över forskningsetiska överväganden.

Majoriteten av artiklarna har även fått etiskt godkännande från en etisk kommitté. Dessutom har studiens resultat i detta arbete sammanställts med ett objektiva förhållningssätt för att inte subjektivt påverka arbetets resultat.

Slutsats

Ett hjärtstopp påverkar det vardagliga livet och livskvaliteteten hos både patienter och anhöriga. Patienter upplever emotionella utmaningar och deras nya begränsningar gör det svårt att anpassa sig till deras nya identiteter. Anhöriga får ofta en akut stressreaktion i samband med hjärtstoppet och efteråt upplever de en ökad arbetsbelastning och ett större ansvar. Vården behöver bli bättre på att informera och stödja både patienter och anhöriga. Det finns få kvalitativa studier om patienters och anhörigas upplevelser efter ett hjärtstopp. Därmed finns ett behov av vidare forskning.

REFERENSER

Artiklar som ingår i resultatet är markerade med en asterisk (*)

Aristidou, M., Vouzavali, F., Karanikola, N. M., Lambrinou, E. & Papathanassoglou, E. (2018). A meta-ethnography of out-of-hospital cardiac arrest survivors' meanings on life and Death. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.33(3), 10-20. doi: 10.1097/JCN.0000000000000467

Beesems, S.G., Wittebrood, K.M., de Haan, R.J. & Koster, R.W. (2014). Cognitive function and quality of life after successful resuscitation from cardiac arrest. *Resuscitation*, 85(9):1269-74. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.05.027

*Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L. (2009a). Experiencing out-of-hospital cardiac arrest: significant others' lifeworld perspective. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1407-1420. doi: 10.1177/1049732309348369

*Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L. (2009b). To Survive Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A search for meaning and coherence. *Qualitative Health Research*, 19(3), 323-338. doi: 10.1177/1049732309331866

*Bremer, A., Dahné, T., Stureson, L., Årestedt, K. & Thylén, I. (2018). Lived experiences of surviving in-hospital cardiac arrest. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 33(1). doi: 10.1111/scs.12616.

*Brännström, M., Niederbach, C. & Rödin, A-C. (2017). Experiences of surviving a cardiac arrest after therapeutic hypothermia treatment. An interview study. *International Emergency Nursing*, 36, 34-38. doi: 10.1016/j.ienj.2017.09.003

Cartledge, S., Feldman, S., Bray E. J., Stub, D. & Finn, J. (2017). Understanding patients and spouses experiences of patient education following a cardiac event and eliciting attitudes and preferences towards incorporating cardiopulmonary resuscitation training: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5):1157-1169. doi: 10.1111/jan.13522

Cronberg, T., Lilja, G., Rundgren, M., Friberg, H. & Widner, H. (2009). Long- term neurological outcome after cardiac arrest and therapeutic hypothermia. *Resuscitation*. 80(10), 1119–1123 doi: 10.1016/j.resuscitation.2009.06.021

- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dickert, N.W. & Kass, N.E. (2009). Understanding respect: learning from patients. *Journal of medical Ethic*, 35, 419–423. doi:10.1136/jme.2008.027235
- Eikeland, A., Haugland, T. & Strubberud, D-G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I H. Almås, D., Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk omvårdnad 1*. (2.uppl., s. 208-232) Stockholm: Liber.
- Elliott, V.J., Rodgers, D.L. & Brett, S.J. (2011). Systematic review of quality of life and other patient-centred outcomes after cardiac arrest survival. *Resuscitation*, 82(3), 247-256. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.10.030
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: vetenskapen om vårdandet: om det tidlösa i tiden*. Stockholm: Liber.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (4. uppl.). Stockholm: Natur & kultur.
- *Forslund, A.S., Jansson, J.H., Lundblad, D. & Söderberg S. (2017). A second chance at life: people's lived experiences of surviving out-of-hospital cardiac arrest. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 31(4):878-886. doi: 10.1111/scs.12409
- *Forslund, A. S., Zingmark, K., Jansson, J. H., Lundblad, D. & Söderberg, S. (2014). Meanings of people's lived experiences of surviving an out-of-hospital cardiac arrest, 1 month after the event. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(5), 464-71. doi: 10.1097/JCN.0b013e3182a08aed
- Friberg, F. (2012). Tankeprocessen under examensarbetet. (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., ss.37-46). Lund: Studentlitteratur.
- Haydon, G., van der Riet, P. & Inder, K. (2017). A systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature exploring the experiences and quality of life of survivors of a cardiac arrest. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 16(6), 475–483. doi:10.1177/1474515117705486

Hjärt-lungfonden. (2017). *Hjärtrapporten 2017*. Stockholm: Hjärt-lungfonden. Hämtad 28 mars, 2019, från https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Rapporter/Hj%C3%A4rtrapporten_2017%20slutversion.pdf

HLR-Rådet [Svenska rådet för hjärt-lungräddning]. (2018). *Hjärt-lungräddningsregistrets årsrapport 2018*. Stockholm: HLR-rådet. Hämtad 13 januari, 2019, från <https://www.hlr.nu/hjart-lungraddningsregistrets-arsrapport-2018/>

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

Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Folkhälsoinstitutet.

Karim, H. N. (2016). Cardiac arrest: A need to understand the determinants of basic life support - A nursing perspective. *Journal on nursing*, 6(1), 42-47. doi: 10.26634/jnur.6.1.5919

*Ketilsdottir, A., Albertsdottir, H.R., Akadottir, S.H., Gunnarsdottir, T.J. & Jonsdottir, H. (2013). The experience of sudden cardiac arrest: Becoming reawakened to life. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(5), 429-435. doi: 10.1177/1474515113504864

Krook, C. (2007). *Se - än lever jag!: livsåskådning och lärande i livets slutskede*. Doktorsavhandling. Stockholms universitet. Hämtad 31 januari, 2019, från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:197681/FULLTEXT01.pdf>

*Larsson, I-M., Wallin, E., Rubertsson, S. & Kristoferzon, M-L. (2013). Relatives' experiences during the next of kin's hospital stay after surviving cardiac arrest and therapeutic hypothermia. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(4), 353-359. doi: 10.1177/1474515112459618

Lilja, G., Nilson, G., Nielsen, N., Friberg, H., Hassager, C., Koppmans, M, ... Cronberg, T. (2015). Anxiety and depression among out-of-hospital cardiac arrest survivors. *Resuscitation*, 97(389), 68-75. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.09.389

Lundgren-Nilsson, A., Rosén, H., Hofgren, C. & Sunnerhagen, KS. (2005). The first year after successful cardiac resuscitation: function, activity, participation and quality of life. *Resuscitation*, 66(3). 285-9. doi: 10.1016/j.resuscitation.2005.04.001

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

Moody, R. *Life after life*. New York: Bantam Press; 1975.

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

Moulaert, V.R., Wachelder, E.M., Verbunt, J.A., Wade, D.T. & van Heugten, C.M. (2010). Determinants of quality of life in survivors of cardiac arrest. *Rehabilitation Medicine*, 42(6):553-8. doi: 10.2340/16501977-0547.

Naber, D. & Bullinger, M. (2018). Psychiatric sequelae of cardiac arrest. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 20(1), 73-77. Hämtad 29 mars, 2019, från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016050/>

Qvick, A., Radif, M., Brever, C., Olsson Myrvik, J., Schenk Gustafsson, K. & Djärv, T. (2018). Survival of in-hospital cardiac arrest in men and women in a large Swedish cohort. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 26(1), 108. doi: 10.1186/s13049-018-0576-0

*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

Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P.R. & Kvist, T. (2018). Preferences of patients' family regarding family-witnessed cardiopulmonary resuscitation: A qualitative perspective of intensive care patients' family members. *Intensive & Critical Care Nursing* 50, 95–102. Hämtad den 4 mars, 2019, från <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.001>

SBU [Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering]. (2006). *Sänkning av kroppstemperaturen efter hävt hjärtstopp*. Stockholm: SBU. Hämtad 15 februari, 2019, från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/sankning-av-kroppstemperaturen-efter-havt-hjartstopp/>

SBU [Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering]. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Stockholm: SBU. Hämtad 14 januari, 2019, från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Socialstyrelsen (2017). *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd: Akut stressreaktion*. Socialstyrelsen. Hämtad 9 mars, 2019, från <https://roi.socialstyrelsen.se/>

Socialstyrelsen (i.d.). *Socialstyrelsens termbank- anhöriga*. Socialstyrelsen. Hämtad 15 mars, 2019, från <http://termbank.socialstyrelsen.se/#results>

SOU [Statens Offentliga Utredningar]. (2015). *Får vi det bättre? Om mått på livskvalitet*. Regeringen. Hämtad 5 mars, 2019, från <https://www.regeringen.se/contentassets/dbb4c911287747b3943b4f61cf2b344f/far-vi-det-battre-om-matt-pa-livskvalitet-.pf>

Stifoss-Hanssen, H. & Kallenberg, K. (1996). *Existential questions and health: research frontlines and challenges*. Stockholm: Swedish Council for Planning and Coordination of Research (Forskningsrådsnämnden) (FRN).

Strand, K. (2017). *Plötsligt hjärtstopp: en skrift om vad som händer när hjärtat stannar*. Stockholm: Hjärt-Lungfonden. Hämtad 5 mars från https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Hjartstopp_2017_lowres.pdf

Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A. & Makrides, L. (2000). Myocardial infarction: survivors' and spouses stress, coping, and support. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1351-1360.

Svensk MeSH. (i.d.). Existentialism. Stockholm: Svensk MeSH. Hämtad 31 januari, 2019, från: <https://mesh.kib.ki.se/term/D005086/existentialism>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad: reviderad 2016*. (1. rev. uppl.) Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Thorén, A.B., Danielsson, E., Herlitz, J. & Axelsson, B.Å. (2010). Spouses' experiences of a cardiac arrest at home: An interview study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(3), 161–167. doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.12.005

*Uren, A. & Galdas, P. (2014). The experiences of male sudden cardiac arrest survivors and their partners: a gender analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 10.1111/jan.12499

Van't Wout Hofland, J., Moulaert, V., van Heugten, C. & Verbunt, J. (2018). Long-term quality of life of caregivers of cardiac arrest survivors and the impact of witnessing a cardiac event of a close relative. *Resuscitation*, 128, 198-203.

doi:10.1016/j.resuscitation.2018.03.016

van Wijnen, H., Rasquin, S., van Heugten, C., Verbunt, J. & Moulaert, V. (2017). The impact of cardiac arrest on the long-term wellbeing and caregiver burden of family caregivers: a prospective cohort study. *Clinical Rehabilitation*, 31(9), 1267–1275. doi:

10.1177/0269215516686155

Wagner, J.M. (2004). Lived experience of critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 13(5), 416–420. Hämtad 5 mars, 2019, från <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/5/416.long>

*Wallin, E., Larsson, I-M., Rubertsson, S. & Kristoferzon, M-L. (2013). Relatives' experiences of everyday life six months after hypothermia treatment of a significant other's cardiac arrest. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), 1639-1646. doi: 10.1111/jocn.12112

Weslien, M., Nilstun, T., Lundqvist, A. & Fridlund, B. (2005). When the unreal becomes real: family members' experiences of cardiac arrest. *Nursing in Critical Care*, 10(1), 15–22.

Hämtad den 3 mars, 2019, från <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.its.uu.se/doi/full/10.1111/j.1362-1017.2005.00094.x>

World Health Organization [WHO]. (1997). *WHOQOL Measuring quality of life*. Hämtad 15 februari, 2019, från https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Bilaga 1. – Artikelöversikt.

Författare Land År	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Bremer, Dahlberg & Sandman Sverige 2009a	Experiencing out-of-hospital cardiac arrest: significant others' lifeworld perspective	Att beskriva anhörigas upplevelser av när ens nära drabbas av en hjärtinfarkt samt beskriva deltagarnas känslor och mående efter händelsen	Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie med explorativ och deskriptiv design	7 anhöriga 1 make, 4 fruar, 1 son och 1 svärson 4 män och 3 kvinnor mellan 39 och 64 år	Anhöriga upplevde vid händelsen en känsla av otillräcklighet och att de saknade kunskap för att ingripa. De kände både hopp och hopplöshet under händelsen. Efteråt upplevde de hopplöshet och osäkerhet för framtiden	Hög
Bremer, Dahlberg & Sandman Sverige 2009b	To survive out-of-hospital cardiac arrest: a search for meaning and coherence	Att undersöka patienters upplevelse av ett hjärtstopp utanför sjukhus, samt hur deras välbefinnande påverkades över tid.	Kvalitativ intervjustudie med deskriptiv och explorativ design	9 patienter 8 män och en kvinna mellan 44 och 70 år	Patienterna upplevde hjärtstoppet som en plötslig och icke påverkbar händelse. De upplevde att de saknade kontroll och kände sig sårbara vid uppvaknandet. De var efteråt förvirrade, saknade sammanhang och hade minnesförlust	Hög

Bremer, Dahne, Stureson, Årestedt & Thylen Sverige 2018	Lived experiences of surviving in-hospital cardiac arrest	Att utifrån ett patientperspektiv belysa upplevelsen av att överleva ett hjärtstopp på sjukhus	Kvalitativ intervjustudie med explorativ fenomenologisk och hermeneutisk design	8 patienter 7 män och 1 kvinna mellan 53 och 99 år	Patienterna upplevde problematik att finna sin nya existens och sinnestillvaro efter händelsen. De kände osäkerhet och rädsla av att bli övergivna vid hemgången. De var rädda för hur de skulle klara av sitt nya liv, vilket framkallade existentiella frågor och sökande efter säkerhet och tillhörighet och ta avstånd från ensamheten	Hög
Brännström, Niederbach, Rödin Sverige 2018	Experiences of surviving a cardiac arrest after therapeutic hypothermia treatment. An interview study	Att beskriva patienters upplevelser efter ett hjärtstopp med terapeutisk hypotermibehandling	Kvalitativ intervjustudie med deskriptiv design	7 patienter 6 män och en kvinna mellan 29 och 79 år	Patienterna hade frågor relaterat till döden och de handskades med moraliska problem. De upplevde ångest men även tacksamhet. De var i behov av stöd	Hög
Forslund, Jansson, Lundblad & Söderberg Sverige 2017	A second chance at life: people's lived experiences of surviving out-of-hospital cardiac arrest	Att beskriva människors erfarenheter och förändringar i vardagen under deras första år efter att de överlevt ett hjärtstopp utanför sjukhuset	Kvalitativ intervjustudie med longitudinell och fenomenologisk & hermeneutisk design	11 patienter 9 män och 2 kvinnor	Patienterna upplevde att de fått en andra chans till livet och strävade efter att återgå till det tidigare livet genom att testa vad kroppen klarar av. De upplevde tacksamhet för den livräddande hjälpen och önskade att återfå en trygghet och lära känna sin nya identitet och finna en ny mening.	Hög

Forslund, Zingmark, Jansson, Lundblad & Söderberg Sverige 2014	Meanings of people's lived experiences of surviving an out-of- hospital cardiac arrest, 1 month after the event	Att beskriva människors erfarenheter av att ha överlevt ett hjärtstopp utanför sjukhuset, en månad efter händelsen	Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie med fenomenologisk & hermeneutisk tolkning	11 patienter 9 män och 2 kvinnor mellan 25 och 74 år	Patienterna upplevde det svårt att gå från att tidigare vara hjärtfrisk till att nu leva med en sjukdom för resten av livet. Dessa patienter upplevde händelsen som om att de avlidit och fått återgå till livet igen. Detta gjorde att deltagarna omvärderade livet de levde efter hjärtstoppet och omvärderade vad som var viktigt för dem i livet	Hög
Holm, Norekvål, Fållun & Gjengedal Norge 2012	Partners' ambivalence towards cardiac arrest and hypothermia treatment: a qualitative study	Att beskriva erfarenheter hos partners till patienter som haft hjärtstopp med efterföljande terapeutisk hypotermibehandling	Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie med fenomenologisk design	9 partners 1 man och 8 kvinnor mellan 20 och dryga 70 år	Partnern upplevde skräck då denne bevittnade hjärtstoppet. De kände ambivalens mot kroppen och intensivvårdsrummet. De ville ha ärlig och realistisk information samt få kunskap om när patienten skulle väckas. De hade behov av stöd	Hög
Ketilsdóttir, Albertsdóttir, Akadóttir, Gunnarsdóttir & Jónsdóttir Island 2013	The experience of sudden cardiac arrest: Becoming reawakened to life	Att beskriva patienters självupplevda erfarenheter av hjärtstopp och återupplivning, för att få vetskap om deras bekymmer och behov	Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie med deskriptiv design	7 män mellan 50 och 54 år	Deltagarna upplevde osäkerhetskänsla och hade behov av stöd. De reagerade på symtom de hade innan hjärtstoppet och upplevde emotionella utmaningar. De strävade efter att återgå till livet som var innan hjärtstoppet. De hade en ny syn på livet	Medel

Larsson, Wallin, Rubertsson & Kristoferzon Sverige 2012	Relatives' experiences during the next of kin's hospital stay after surviving cardiac arrest and therapeutic hypothermia	Att beskriva anhörigas erfarenheter under patientens sjukhustid, efter att denne överlevt ett hjärtstillestånd och blivit behandlad med terapeutisk hypotermi	Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie med deskriptiv design	20 anhöriga 6 barn, 10 make/maka, 3 partner och en förälder 7 män och 13 kvinnor mellan 20 och 70 år	Anhöriga upplevde först en period av kaos. Hela deras tillvaro var förändrad. De hade svårt att ta till sig information. De vill ha ärlig, tydlig och helst skriftlig information. Efter hjärtstoppet hade de fått mer ansvar och deras egen tillvaro fick stå åt sidan. De kände ett behov att ha kontakt med släktingar och vänner. Det var tidskrävande vilket fick dem att känna sig egoistiska och de fick skuld känslor. De anhöriga upplevde framtiden som oviss, men hoppfull	Hög
Löf, Sandström & Engström Sverige 2010	Patients treated with therapeutic hypothermia after cardiac arrest: relatives' experiences	Att undersöka anhörigas upplevelser då en patient överlevt ett hjärtstopp och blivit behandlad med terapeutisk hypotermi	Kvalitativ intervjustudie	8 anhöriga 1 fru, en bror, en svärson, tre döttrar och två söner mellan 30 och 72 år	Anhörigas upplevde händelsen som skrämmande. En känsla av överklighet pga alla slangar och maskiner. De hade svårt att känna igen patienten och upplevde denna som kall och livlös. Närstående kände ångest inför den ovissa framtiden. De stöttade varandra och höll hoppet uppe	Hög
Palacios-Ceña, Losa-Iglesias, Salvadores-Fuentes & Fernández-de-las-Peñas Spanien 2011	Sudden cardiac death: the perspectives of Spanish survivors	Att undersöka livserfarenheter hos patienter som överlevt ett hjärtstopp	Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie	9 patienter 5 man och 4 kvinnor mellan 24 och 53 år	Patienterna upplevde att de behövde övervinna sin egen rädsla och acceptera döden. De upplevde ensamhet samt en oro för framtiden och de sökte meningen med livet	Hög

Uren & Galdas England 2014	The experiences of male sudden cardiac arrest survivors and their partners: a gender analysis	Att undersöka hur maskulinitet formar upplevelserna hos män och deras partner, efter att ha överlevt ett hjärtstopp utanför sjukhus	Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie med tolkande hermeneutisk design	7 män och 6 kvinnliga partners	De manliga patienterna sökte stöd och självförtroende. De upplevde att de inte längre vara någon "karlakar!" och de kände sig sårbara	Hög
Wallin, Larsson, Rubertsson & Kristoferzon Sverige 2013	Relatives' experiences of everyday life six months after hypothermia treatment of a significant other's cardiac arrest.	Att undersöka upplevelser av vardagen sex månader efter att en nära anhörig behandlats med hypotermisk behandling efter ett hjärtstopp	Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie	20 mellan 20 och 70 år 9 fruar, 4 makar, 5 döttrar, 1 son och 1 förälder 6 män och 14 kvinnor	De anhöriga kände att de hade svårigheter att hantera den förändrade livssituationen och att det kändes som om de kom i andra hand. De kände även nytt hopp inför framtiden	Hög