



Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö

Självständigt arbete 15hp

När livet plötsligt förändras

- Upplevelser efter att ha överlevt hjärtstopp



Författare: Malin Danielsson &
Emmie Mattsson

Handledare: Ingrid Djukanovic

Examinator: Gunilla Lindqvist

Termin: HT17

Ämne: Hälso- och vårdvetenskap

Nivå: Kandidatnivå

Kurskod: 2VÅ60E

Abstrakt

Bakgrund: Under 2016 rapporterades att 5312 individer drabbats av hjärtstopp utanför sjukhus där hjärt-lungräddning påbörjats. På sjukhus startades hjärt-lungräddning på 2622 individer som drabbats av hjärtstopp. Totalt räddades livet på 1317 individer av dessa. Vid ett hjärtstopp är snabbt ingripande med hjärt-lungräddning och defibrillering avgörande för att öka möjligheten till att utgången blir positiv. Den vanligaste orsaken till att varför hjärtstopp uppstår är ventrikelflimmer. Riktlinjer och uppföljning för de som överlevt har visat sig vara bristfällig.

Syfte: Syftet var att undersöka individers upplevelser efter att ha överlevt hjärtstopp.

Metod: En allmän litteraturöversikt har genomförts där nio vetenskapliga artiklar identifierats och inkluderats. Två av dessa var kvantitativa och sju var kvalitativa och analysen utfördes med utgångspunkt från Friberg (2012).

Resultat: Två övergripande teman identifierades, *Den förändrade kroppen* samt *Ett förändrat livsperspektiv*. Det var vanligt förekommande att individer upplevde emotionell obalans men också svårigheter att acceptera förändrade fysiska förmågor. Dessutom upplevdes en brist på sjukvården i efterförloppet.

Slutsats: Allt fler individer överlever hjärtstopp men sjukvården i Sverige behöver arbeta för att förbättra eftervården för dessa individer. Detta eftersom individer belyste att de saknade information om olika begränsningar av kroppen samt stöd vid existentiella frågor och emotionella förändringar.

Nyckelord

Hjärtstopp, överlevare, upplevelser.

Tack

Stort tack till Ingrid Djukanovic och Irene Franzén för ert engagemang, stöd och handledning genom hela vårt examensarbete.

Innehåll

1 Inledning	1
2 Bakgrund	1
2.1 Incidens	1
2.2 Etiologi	1
2.3 Patofysiologi	2
2.4 Behandling och komplikationer	2
2.5 Eftervård	3
2.5.1 Sjuksköterskans roll	4
2.6 Teoretiskt referensram	5
3 Problemformulering	6
4 Syfte	6
5 Metod	6
5.1 Datainsamling	6
5.1.1 Sökstrategi och databaser	6
5.1.2 Inklusions- och exklusionskriterier	8
5.1.3 Urval och granskning	8
5.2 Dataanalys	8
5.3 Etiska överväganden	10
6 Resultat	11
6.1 Den förändrade kroppen	11
6.1.1 Förändrad fysisk förmåga	11
6.1.2 Emotionella förändringar	12
6.1.3 Kognitiva förändringar	14
6.2 Ett förändrat livsperspektiv	15
6.2.1 Vikten av information och behov av stöd	15
6.2.2 Förändrat vardagsliv	17
6.2.3 Förändrade relationer	18
6.2.4 Ny syn på livet och döden	19
7 Diskussion	20
7.1 Metoddiskussion	20
7.1.1 Sökstrategi och databaser	20
7.1.2 Inklusions- och exklusionskriterier	21

7.1.3 Urval och granskning	21
7.1.4 Dataanalys	22
7.2 Resultatdiskussion	22
8 Slutsats	29
9 Förslag på vidare forskning	30
Referenser	31
Bilagor	VI
Bilaga 1 Sökning utförd i Cinahl	I
Bilaga 1 Sökning utförd i Pubmed	II
Bilaga 1 Sökning utförd i PsycInfo	III
Bilaga 2 Granskningsmall Kvantitva artiklar	IX
Bilaga 2 Granskningsmall Kvalitativa artiklar	X
Bilaga 3 Artikelmartris	XI

1 Inledning

I dagens samhälle överlever allt fler individer hjärtstopp (HLR-rådet, 2017).

Det medför att denna grupp blir större vilket ökar möjligheten för att sjuksköterskan kan möta dessa individer i det dagliga arbetet. Eftersom det är fler som överlever anser vi det viktigt att belysa dessa individers upplevelser och hur hjärtstoppet påverkat dem. Den egna erfarenheten av att ha närvarat när människor har drabbats av hjärtstopp har väckt stort intresse och en vilja av att öka vår kunskap och förståelse för detta. När hjärtat drabbas av sjukdom blir dess betydelse extra påtaglig och insikten om att livet kan få en drastisk vändning kan bli ett faktum. Såväl fysiska som psykiska förändringar kan ske vilket medför att hela livet påverkas. Oavsett om hjärtstoppet uppstår utanför eller på sjukhus kan det resultera i en traumatisk upplevelse.

2 Bakgrund

2.1 Incidens

I Europa drabbas årligen omkring 275 000 människor av hjärtstopp vilka sker utanför sjukhus (Atwood, Eisenberg, Herlitz, Rea, 2005). I Sverige rapporterades år 2016 att 5312 individer drabbats av hjärtstopp utanför sjukhus vilket enbart inkluderar hjärtstopp där behandling med hjärt-lungräddning (HLR) påbörjats. På sjukhus rapporterades att 2622 individer drabbades och behandlades med HLR. Hjärt-lungräddning bidrog till att 1317 personer överlevde, vilket inkluderar både på och utanför sjukhus år 2016. Det var fler män än kvinnor som drabbades (HLR-rådet, 2017). Hjärtstopp kan vara omöjligt att förutse och kan drabba alla individer oavsett ålder men risken ökar dock med åldern (Hjärt- Lungfonden, 2017). Att hjärtstartare finns utplacerade på offentliga platser och att individer utbildas i användandet av dessa är väsentligt för att öka möjligheterna för tidig behandling och överlevnad (Whitcomb & Blackman, 2007). Hjärtstartare finns idag utplacerade på ett flertal offentliga platser där många människor är i rörelse som exempelvis köpcentrum och flygplatser. Den allra vanligaste platsen där hjärtstopp sker är i bostaden och där finns sällan tillgång till hjärtstartare (Svensson, 2012).

2.2 Etiologi

Hjärtstopp kan uppstå av många olika orsaker som exempelvis kardiogen chock, drunkning, intoxication, aspiration och anafylaktisk chock men det är också vanligt förekommande att orsaken är okänd (Mackiewicz-Milewska et al., 2009). Andra

exempel på orsaker till hjärtstopp är asystoli, ventrikelflimmer, pulslös elektrisk aktivitet och ventrikeltakykardi (Peters & Boyde, 2007). Kranskärlssjukdom ökar risken att drabbas av hjärtstopp och omkring 70-80 procent av alla som drabbas har detta i grunden och hjärtinfarkt är det allra vanligaste (Svensson, 2012). Extraslag i ventrikeln samt kraftiga AV-block är också vanligt förekommande orsaker (Ericson & Ericson, 2013).

2.3 Patofysiologi

Vid hjärtstopp förlorar hjärtat sin pumpförmåga (Hjärt-Lungfonden, 2017) och till följd av det kan inte blodtrycket upprätthållas vilket leder till att pulsen upphör (Wikström, 2012). Konsekvensen blir att individen blir medvetslös och respirationen upphör. Hjärtstopp orsakar ischemi i hjärtmuskeln vilket medför att ventrikelflimrets aktivitet successivt minskar och slutligen övergår i asystoli. Detta innebär att individen inte överlever. Hjärtstoppet medför att såväl hjärnan som övriga kroppen drabbas av ischemi på grund av upphävd cirkulation (ibid.). Symtom som kan uppstå är exempelvis yrsel med svimningskänsla, bröstsmärta, hjärtklappning samt svimning (Krahn et al., 2012).

2.4 Behandling och komplikationer

Tidig hjärt-lungräddning och defibrillering är avgörande behandling för överlevnad vid hjärtstopp. Att omgående påbörja HLR ökar markant förutsättningarna för en lyckad behandling (Wikström, 2012). Hjärt-lungräddning utförs genom att trettio bröstkompressioner utförs följt av två inblåsningar via mun-mot-mun metoden (Whitcomb & Blackman, 2007). Avsikten med behandlingen är att upprätthålla cirkulationen samt tillföra syre till blodet (Wikström, 2012). Ett elektriskt kaos i hjärtat kan inte återställas av hjärt-lungräddning utan syftar till att rädda hjärnan från syrebrist. Intentionen med defibrillering är att återställa hjärtat om det exempelvis uppstått ventrikelflimmer eller ventrikeltakykardi. Detta sker genom att defibrillatorn sänder ut elektriska stötar i syftet att depolarisera hjärtmuskelcellerna. På så sätt kan sinusknutan återfå sin normala funktion och hjärtat kan pumpa normalt igen. Trots framgångsrik återupplivning med väl utförd HLR samt defibrillering kan hjärnskador uppkomma till följd av syrebristen (ibid.). Att vara utan pulsgivande rytm under längre tid minskar möjligheterna till överlevnad då varje minut är av stor betydelse. För varje minut som går minskar möjligheterna med sju till tio procent (Fryckstedt, Hulting, Höjer & Ludwigs, 2014).

En komplikation som kan uppstå av ett hjärtstopp är anoxisk hjärnskada vilket medför att försörjningen av syre till hjärnan är reducerad. Omfattande syrebrist kallas med ett annat ord för anoxi (MeSH, u.å.). Hjärnans kritiska tid vid ischemi är tre till fem minuter (Fryckstedt, Hulting, Höjer, och Ludwigs, 2014) och en behandling som kan tillämpas efter att den drabbade återfått spontan cirkulation är terapeutisk hypotermi. Syftet med behandlingen är att sänka kroppstemperaturen i upp till ett dygn och därefter successivt återställa kroppstemperaturen till det normala igen (Bernard, Gray, Buist, Jones, Silvester, Gutteridge & Smith, 2002). Hjärnan och hjärtmuskelcellerna skyddas vid terapeutisk hypotermibehandling (Svensson, 2012). Hypotermibehandlingen kräver intensivvård med respirator och kontinuerlig övervakning (Wikström, 2012). Andra komplikationer som kan uppkomma efter ett hjärtstopp är minnessvårigheter (Lim, Verfaellie, Schnyer, Lafleche & Alexander, 2014) och depression, fokal partiell pares, sömnsvårigheter, ångest och störning i sinnesstämningen (Cronberg, Lilja, Rundgren, Friberg & Widner, 2009). Den kognitiva förmågan, uppmärksamhetsförmågan och den verkställande förmågan kan också påverkas negativt efter ett hjärtstopp (Moulaert, Verbunt, van Heugten & Wade, 2008).

2.5 Eftervård

Riktlinjer för eftervård vid hjärtstopp finns endast hos mindre än hälften av sjukhusen i Sverige men dessa riktlinjer används inte alltid i praktiken. Vanligast är dock att den drabbade inbjuds till uppföljning. Vid uppföljningen får de träffa en kardiolog eller en hjärtsjuksköterska. Det var få sjukhus som berättade att de även har uppföljning med exempelvis sjuksköterskor från intensivvårdsavdelningen, kuratorer, fysioterapeuter, neurologer med mera (Israelsson, Lilja, Bremer, Stevenson-Ågren & Årestedt, 2016). Uppföljningarna handlade framförallt om trötthet som komplikation, individens nuvarande tillstånd, hur deras generella hälsa upplevdes, fysiska symtom samt hur de upplevde det att återvända till vardagliga aktiviteter. Kognitiva och psykiska funktioner följdes endast upp hos ungefär hälften av de som drabbats. Det framkom även att individer som drabbats tror att innehållet i uppföljningarna påverkades av den bakomliggande orsaken till hjärtstoppet samt vilken avdelning man vårdats på (ibid.).

Vid ett hjärtstopp kan det finnas flera individer som bevittnar händelsen. Det innebär att den drabbade samt de som varit vittnen till händelsen kan behöva information och

professionell stöttning till bearbetning. En del av de som drabbats behöver även stöttning i form av rehabilitering och hjälpmedel (Strömberg, 2014). Att arbeta hälsofrämjande där fokus ägnas åt att stärka de faktorer som bidrar till bättre cirkulation och hälsa är viktigt. Egenvårdsåtgärder blir därför betydande i efterförloppet för individer som drabbats, vilka kan handla om att följa läkemedelsbehandling, motionera, sluta med tobaksanvändning samt monitorera symtom. Det finns även andra påverkbara faktorer relaterat till hälsa som exempelvis kost, alkohol, stress och sociala nätverk (ibid.). Fysisk aktivitet är en skyddande faktor mot hjärt-kärlsjukdomar. Vid fysisk aktivitet reduceras inflammatoriska processer i kroppen, blodfetterna förbättras, blodtrycket sänks, proppbildning minskar, insulinkänsligheten och sockerhalten i blodet reduceras (Hellenius, 2012).

2.5.1 Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan behöver vara lyhörd för de som drabbats av sjukdom samt anhörigas tankar och funderingar kring deras situation. Hen behöver även vara medveten om att de kan vara i behov av kunskap (Kärner, 2009). Det humanistiska perspektivet belyser att sjuksköterskan ska främja hälsa vilket innefattar att erhålla en god dialog med den drabbade, låta hen delta i sin egen vård samt att det inte ska råda någon form av hierarki i mötet. Hur sjuksköterskan agerar kan påverka om den drabbade individen stärks eller begränsas i processen att nå hälsa. Det är viktigt att en fungerande dialog finns mellan sjuksköterska och den drabbade för att hen ska kunna motiveras och få energi till att förändra något. För att skapa förståelse för hur en individ upplever sin situation krävs att sjuksköterskans förhållningssätt är hälsofrämjande. Det innebär att hen behöver förstå hur den drabbade ser på sin hälsa i förhållande till lidande och sjukdom. Ett fungerande användande av hälsofrämjande insatser erfordrar en interaktion mellan sjuksköterska och den drabbade där information och undervisning kan förmedlas. Det innebär även att respekt behöver visas på individnivå och att utrymme skapas för att kunna reflektera över den information de erhållit (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2009). I professionen som sjuksköterska ska hen kunna identifiera den totala hälsosituationen hos de som drabbats. Hen ska kunna kartlägga de motstånd som står i vägen för välbefinnande men även skapa förståelse för varför individen inte kan genomföra sina livsprojekt (Dahlberg & Segesten, 2012). Informationen bör vara individanpassad vilket kan medföra en ökad delaktighet i vården och kan reducera upplevelsen av oro och ångest. Möten med

sjuksköterska vid uppföljning har bidragit till att individer gör en livsstilsförändring och reducerat behovet av sjukvård (Strömberg, 2014).

2.6 Teoretisk referensram

I detta examensarbete har Parse's teori, *Human becoming* (Hälsa som mänsklig tillblivelse) använts som teoretisk referensram. Teorin fokuserar på att individer ska kunna uppnå hälsa och att det är viktigt att begripa en svår händelse för att kunna finna en mening med situationen (Parse, 1992). Med stöd från sjuksköterskan kan individen få en ökad förståelse och sjuksköterskan kan inge hopp till den drabbade. Därmed skapas förutsättningar för att utvecklas i de kontexter där utmaningar och svårigheter uppstår (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Parse beskriver att hälsa är en process som är konstant och föränderlig. Teorin belyser att tillvaron får en mening genom att människan aktivt påverkar sin egen hälsa. Sjuksköterskan har en central roll att finnas till hands som stöd och skapa ett samspel med den drabbade. Detta för att underlätta för en utvecklingsprocess med målet att uppnå hälsa. Individens ständiga interaktion med omvärlden kan bidra till en ökad livskvalité (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Det är enbart den enskilda individen som obundet kan bestämma sin egen mening i olika situationer och ansvarar själv för sina beslut (Parse, 1997). Parse's teori innehåller olika grundtankar varav en belyser människan som ett element i universum och därmed är hen en komponent av en global process. En annan tanke syftar till att hälsa uppnås i samverkan med andra individer. Parse betonar en annan grundtanke där individen beskrivs som en enhet, människa-universum-hälsa (Parse, 1997) som inte kan delas på samt att existensen och tillvaron har varierande innebörder och meningar. Hälsa beskrivs som en konstant pågående process som skapas med andra och inte som en motsats till sjukdom. Den sista tanken framhåller att individen har olika möjligheter att välja hur livet ska gestaltas oavsett situation (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Teorin menar att sjuksköterskans närvaro och vägledning kan bidra till att den drabbade kan göra val oberoende av andra (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Det är därför viktigt att vara observant och lyhörd för om individens sinnesstämning ändras (Parse, 1997) och sjuksköterskan bör lyfta den drabbades rätt att själv skapa sin realitet baserat på det individuella. Det är viktigt att beakta att närstående samt samhället och dess åsikter kan ha en påverkan på den drabbades upplevelse av mening (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). För att individen ska kunna utvecklas i den riktning hen önskar betonar

Parse vikten av att sjuksköterskan är närvarande och förmedlar stöd (Parse, 1997). Sjuksköterskans närvaro och relationen till den drabbade kan bidra med positiva effekter utan att sjuksköterskan är styrande i hälsoprocessen (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

3. Problemformulering

Allt fler individer överlever hjärtstopp både på och utanför sjukhus och kunskapen hos allmänheten om tidigt ingripande blir allt större. Att överleva ett hjärtstopp kan leda till både fysiska och psykiska/emotionella komplikationer. Problematiken är att kunskapen om vad det i själva verket innebär att överleva och vad sjuksköterskan kan göra för att stärka hälsa och livskvalitet hos individer som överlevt är bristfällig. Existentiella frågor om exempelvis varför man drabbats och om man kommer drabbas igen, kan uppstå vilket ökar behovet av kunskap hos individerna. Detta kräver att vårdpersonal och de drabbade får den kunskap som krävs för att kunna reducera, förebygga samt åtgärda efterföljande komplikationer. Otillräcklig kunskap kan ge konsekvenser hos den drabbade som kan orsaka en negativ påverkan på hälsan. Det kan leda till att individen inte kan återgå till sitt normala liv och sina vardagliga aktiviteter.

4. Syfte

Syftet var att undersöka individers upplevelser av att ha överlevt hjärtstopp.

5. Metod

I examensarbetet har vi valt att genomföra en allmän litteraturöversikt. Segesten (2012) menar att en litteraturöversikt kan användas för att strukturerat skapa en överblick av det valda forskningsämnet genom att redovisa och sammanställa tidigare forskning. Studier med relevans för vårt syfte valdes ut.

5.1 Datainsamling

5.1.1 Sökstrategi och databaser

En god sökstrategi krävs för att identifiera användbara vetenskapliga studier. Att lyckas med sökstrategier kräver bland annat relevanta sökord, avgränsningar men även olika sökvägar. Sökningarna kan optimeras med hjälp av Booleska operatörer. Operanden AND tillämpas när två sökord ska kombineras och OR används när avsikten är att söka

på liknande begrepp. Båda operanderna bidrar till en ökad känslighet vid artikelsökningarna. När begrepp ska exkluderas från sökningen kan operanden NOT användas, vilket ökar dess specificitet (Kristensson, 2014). Peer reviewed är en avgränsning som exkluderar artiklar som inte är utgivna i en vetenskaplig tidskrift. Avgränsningen är dock ingen garanti för att artikeln är vetenskaplig. Trunkering är en sökfunktion som kan användas för att inkludera olika böjningar av ett ord. Att trunkera innebär att en asterisk placeras före eller efter begreppet vilket fångar upp olika flexioner (Östlundh, 2012). Ulrichsweb är en funktion som kan användas för att säkerställa att tidskriften som artikeln publicerats i är peer review (Universitetsbiblioteket, 2017).

Sökningar genomfördes i databaserna Cinahl, PsycInfo samt PubMed eftersom de belyser ämnen inom hälso- och sjukvård men dessa skiljer sig i uppbyggnad vilket kräver olika tillvägagångssätt i sökvägarna. Cinahl inriktas på vårdvetenskapliga studier, PsycInfo belyser forskning inom beteendevetenskap och psykologi samt databasen Pubmed inriktar sig på medicinsk vetenskap (Kristensson, 2014). Sökningen inleddes med fritextsökning med orden *experience**, *survive**, *heart* och *survivors** för att få en överblick av ämnet. Därefter kombinerades olika ämnesord för att begränsa träffarna. I PubMed användes MeSH-termer och i Cinahl nyttjades Cinahl Headings vilket genererade i våra slutliga ämnesord. De ämnesord som användes i PubMed var *heart*, *survivors*, *heart arrest* och *out of hospital cardiac arrest* samt fritextorden *experience** och *qualitative study*. I Cinahl användes ämnesordet *Heart arrest* kombinerat med fritextorden *experience**, *survive** och *heart**. I PsycInfo kombinerades orden *cardiac arrest*, *heart arrest*, *experience** och *survivors**. De ovanstående ämnesorden och fritextorden kombinerades med AND och OR i samtliga databaser (Bilaga 1). En extra fritextsökning utfördes i PubMed med orden *cardiac death survival*, vilket resulterade i 272935 träffar. Därefter kombinerades sökordet med AND *qualitative study*, vilket genererade i 947 träffar. Därefter avgränsades sökningen med årtalen 2007/01/01-2017/12/31 samt avgränsning till individer över 19 år som slutligen gav 337 träffar. Det resulterade i att artikel (2) hittades och inkluderades. En artikel (4) har även inkluderats genom manuell sökning vilken är funnen genom en tidigare studies referenslista.

5.1.2 Inklusions- och exklusionskriterier

Antalet sökträffar begränsades med hjälp av inklusionskriterier och avgränsningar. De avgränsningar som användes var att studierna skulle vara publicerade mellan årtalen 2007-2017 och avgränsat med peer review med undantag för databasen Pubmed där söktjänsten Ulrichswebb nyttjades. Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle ha överlevt hjärtstopp och vara över 18 år. Studier som belyser hjärtstopp på och utanför sjukhus och som var skrivna på engelska har inkluderats. Titlar som ansågs intressanta resulterade i att abstract lästes för att sedan avgöra om de var relevanta till vår studies syfte och inkluderades därefter. I studier där andra än de drabbade deltagit har endast upplevelser från den drabbade inkluderats.

5.1.3 Urval och granskning

Det första steget i litteratursökningen innebar att 221 titlar samt 70 abstracts noggrant lästes igenom. De titlar och abstract som verkade relevanta till syftet med denna studie valdes ut och granskades mer utförligt och 18 artiklar lästes i fulltext. De artiklar som besvarade vårt syfte valdes ut och inkluderades. Nästa steg i processen innebar en fördjupad granskning av valda artiklar. Carlsson och Eimans (2003) mall för kvalitetsgranskning användes för att bedöma artiklarnas kvalitet och om de kunde användas i studien. Mallen reviderades med avseende på att den ursprungligen undersökte patienter med lungcancer men vi undersökte individer som överlevt hjärtstopp (Bilaga 2). Kvalitativa artiklar granskades med en mall avsedd för kvalitativa studier medan kvantitativa artiklar granskades med en kvantitativ mall. Mallen innebär att olika delar som finns med i studien poängsätts. De artiklar som uppnådde 80 procent av poängen bedömdes vara av hög kvalitet, de som uppnådde 70 procent bedömdes vara av medelhög kvalitet och de som uppnådde 60 procent av poängen bedömdes vara av låg kvalitet. De som bedömdes vara av hög eller medelhög kvalitet inkluderades medan artiklar med låg kvalitet exkluderades. Slutligen granskades totalt nio artiklar och alla uppnådde tillräckligt hög kvalitet för att inkluderas i denna litteraturöversikt. Totalt analyserades sju kvalitativa och två kvantitativa studier och nio artiklar exkluderades.

5.2 Dataanalys

Analysprocessen innebär att helheten reduceras till delar och därefter konstrueras delarna till en ny helhet. För att komma fram till delarna granskas artiklarnas resultat och det som anses centralt i respektive resultat tas ut som nyckelfynd. För att slutligen

nå den nya helheten sammanställs alla artiklars nyckelfynd (Friberg, 2012). Det första steget i analysprocessen innebar att författarna upprepat utförde en naiv läsning av valda studier för att skapa en överblick av innehållet. Det andra steget innebar att vi sökte efter likheter och vad som skiljde resultaten åt. Dessa fynd sammanställdes sedan och presenteras som nyckelfynd. Det tredje och sista steget i analysprocessen innebar att författarna lade fokus på att sortera och redogöra för resultatens skillnader och likheter. I detta steg beaktades dock att resultaten i kvantitativa och kvalitativa artiklar skiljer sig åt i hur de redovisas. Kvantitativa resultat redovisas ofta med siffror och beräkningar vilket försvårade en exakt jämförelse. Kvalitativa resultat sorteras som exempelvis teman när likheter och skillnader identifierats (Friberg, 2012). Författarna identifierade likande resultat i studierna och dessa placerades under samma subtema. De slutgiltiga subtemana placerades under två olika teman (Se tabell 1) som författarna ansåg var övergripande (Friberg, 2012).

Tabell 1: Utdrag ur analysprocessen.

Nyckelfynd	Subteman	Teman
Inte veta vad kroppen klarar av. Kroppsliga begränsningar. Undvikande av vissa aktiviteter. Förändring av fysiska förmågor. Behov av förändring och mod att testa kroppen. Brist på energi. Lära sig kroppsliga signaler. Svårt att acceptera begränsningar.	<i>Förändrad fysisk förmåga</i>	<u>Den förändrade kroppen</u>
Bristande information gav oro och ångest. Frustration när vården dröjde. Tacksamhet. Nära till känslor som ex. ilska och gråt. Misstro sig själv. Skam. Bättre för familj om man inte överlevt. Rädsla. Be om ursäkt för tidigare handlingar man ångrat. Frustration. Acceptans. Ensamhet när man återvänder hem. Otålighet. Ledsamhet och längtan. Emotionell förnekelse. Förlora/ge upp sig själv och sin personlighet. Emotionell obalans.	<i>Emotionella förändringar</i>	
Minnesförluster innan och efter händelsen. Sökte kunskap för att fylla minnesluckorna. Svårigheter att fullfölja konversationer. Minskad kognitiv funktion. Svårigheter att känna igen andra. Minskad läsförmåga. Desorientering. Trötthet och svaghet. Sociala svårigheter.	<i>Kognitiva förändringar</i>	
Avsaknad av information om komplikationer efter återupplivning. Avsaknad av information om symtom och biverkningar. Otillfredsställande läkarbesök. Lång väntetid. Sökte professionell bekräftelse. Önskade svar på frågor. Bristande kunskap om begränsningar, vad man kan göra själv och vad som hänt. Tala med individer med samma erfarenhet.	<i>Behov av information och stöd</i>	

Behov av stöd och vägledning från vården. Regelbunden uppföljning. Önskade inte professionellt stöd. Goda erfarenheter av vården. Önskar förklaringar. Försummade av vårdpersonal när de inte fick samma personal igen.		<u>Ett förändrat livsperspektiv</u>
Livet förändrades på en sekund. Önskade bekräftelse på att hjärtat var okej för att återgå till det dagliga livet. Återgå till livet som var innan. Hjärtstoppet närvarade varje dag. Önskade leva mindre stressigt och våga be om hjälp. Kan drabbas igen. Vill gå vidare. Förlorade sin roll.	<i>Förändrat vardagsliv</i>	
Socialt undvikande. Familj och vänner mer oroliga. Undanhöll information för att inte oroas. Önskade komma närmre familjen. Sorterar i vänskapskrets. Ökat behov och beroende av nära och kära. Påverkade relationer.	<i>Förändrade relationer</i>	
Existentiella frågor. Medvetenhet om att livet är skört och tankar på kommande död utan att känna ångest. Återfick livet. Tar vara på livet som inte varar för evigt. Aktivt förberedde sig och familjen inför döden. Förändrades som personer. Öppnade ögonen för livet. Acceptera situationen. Önskade att de lyssnat på ”försymtom” och varnade nu andra. Önskade hitta mening.	<i>Ny syn på livet och döden</i>	

5.3 Etiska överväganden

Etik inom forskning krävs för att skydda människorna som deltar i studien så de inte riskerar att skadas eller utnyttjas på något vis. Att visa respekt för deltagarna är en viktig del inom forskningsetiken. Det ska även tydligt framgå att deltagarens medverkan i studien är frivillig samt att individen får avbryta när den vill. Det är då av betydelse att deltagarna ger informerat samtycke att hen vill delta i studien. Konfidentialitet är en viktig del för att skydda deltagarna då några personuppgifter eller något som kan skada deltagarna inte får redogöras (Kjellström, 2012). I litteraturöversikten har studier som innehåller etiska överväganden inkluderats. Det har noggrant kontrollerats att studierna belyser att de exempelvis fått informerat samtycke, erhåller konfidentialitet och/eller har godkänts av en etisk kommitté för att säkerställa att studien utförts på etiska grunder. Författarna har också strävat efter att inte undanhålla eller övertolka resultat i syftet att stärka egna förväntningar.

6 Resultat

I syfte att ta reda på hur individer upplever att ha överlevt ett hjärtstopp har artiklar granskats och sammanställts. Sammanställningen resulterade i att följande teman och subteman identifierats. Det första temat som identifierades var *Den förändrade kroppen* med tillhörande subteman: *Förändrad fysisk förmåga*, *Emotionella förändringar* och *Kognitiva förändringar*. Det andra temat som identifierades var *Ett förändrat livsperspektiv* med tillhörande subteman: *Behov av information och stöd*, *Förändrat vardagsliv*, *Förändrade relationer* samt *Ny syn på livet och döden*.

6.1 Den förändrade kroppen

Hjärtstoppet kunde medföra att kroppen inte upplevdes på samma vis som innan händelsen. Den förändrade kroppen innebar att den fysiska förmågan, den emotionella balansen och kognitiva funktionen blev påverkade i efterförloppet.

6.1.1 Förändrad fysisk förmåga

Hjärtstoppet resulterade i begränsningar av den fysiska kroppen och upplevelsen av att inte veta vad kroppen kunde klara av. Det innebar en ständig osäkerhet och att kroppen fick testas för att utforska vilka begränsningar som fanns (Bremer, Dahlberg & Sandman, 2009; Forslund, Zingmark, Jansson, Lundblad & Söderberg, 2013a; Forslund, Jansson, Lundblad och Söderberg, 2017; Ketilsdottir, Albertsdottir, Akadottir, Gunnarsdottir & Jonsdottir, 2013). Den försämrade fysiska förmågan visade sig som en svaghet och trötthet vilket upplevdes som ett problem för identiteten. Att inte veta vad kroppen klarade av kunde också leda till osäkerhet och frustration (Uren & Galdas, 2015) men även ångest då det fanns rädsla för att aktiviteterna skulle medföra smärta (Forslund et al., 2017). Osäkerheten hade kunnat undvikas om vårdpersonal gett tydligare information om vad som var möjligt att utföra (Uren & Galdas, 2015). Att komma hem efter en tid på sjukhus innebar att acceptera att kroppen inte hade samma kraft och ork som tidigare. De som drabbats upplevde även värk till följd av återupplivningen vilket ledde till sömnsvårigheter men detta förbättrades med tiden (Forslund et al., 2013a).

Hos vissa av männen som drabbats upplevdes en minskad fysisk förmåga vilket visade sig i nedsatt rörlighet och att det var mer tidskrävande att utföra vissa aktiviteter. Energinivån reducerades vilket innebar en oönskad påverkan på den manliga identiteten

(Ketilsdottir et al., 2013). När individerna förstått vad som drabbat dem fick de en ny förståelse för livet och att den fysiska kroppen är ömtålig och att den har gränser. De förekom en upplevelse av ångest och rädsla för kroppsliga begränsningar och även en påverkan på tanken om livet var meningsfullt eller inte (Bremer et al., 2009).

Att testa att utföra fysiska aktiviteter och hantera dessa utan obehag gav en bekräftelse på att kroppen successivt kunde öka frekvensen av dessa. När nya sjukdomar uppstod belystes vägen till återhämtning vara längre eftersom att dessa individer ständigt fick börja om från början. När kroppen successivt klarade av att utföra en fysiskt ansträngande aktivitet ansågs det vara en bekräftelse på att livet normaliserats (Forslund et al., 2017). En positiv effekt av händelsen var att de nu tog sina kroppsliga signaler på allvar och att de fått förståelse för en hälsosammare livsstil (Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013). Livsstilsförändringar blev betydande för några (Forslund et al., 2017; Uren & Galdas, 2015; Palacios- Ceña et al., 2011) och de anpassade den fysiska aktiviteten för att inte utsätta hjärtat för hög påfrestning. Denna anpassning kunde vara svår att acceptera om de tidigare varit mycket fysiskt aktiv (Uren & Galdas, 2015). De hade upplevt tidiga tecken som exempelvis halsbränna alltifrån timmar till år innan hjärtstoppet men dessa tecken hade ofta ignorerats. Detta sågs som en lärdom och de uppmanade andra att söka vård om de drabbades av ospecificerade symtom (Ketilsdottir et al., 2013).

6.1.2 Emotionella förändringar

Insjuknandet upplevdes vara traumatiskt och att man förlorade kontrollen vilket genererade i smärta och farhågor. Det förekom en känsla av maktlöshet och som att man föll utan att kunna kontrollera situationen. En emotionell obalans fanns där individerna upplevde skuld känslor då de inte förstod kroppens signaler, vilket ledde till att de anklagade sig själva. Det förekom även skuld känslor för att de inte levt hälsosamt innan händelsen eftersom det kan ha varit en orsak till varför man drabbats. För vissa handlade det om att acceptera att de levt ohälsosamt eftersom det inte gick att ändra det som varit. En kvinna hade inte levt ohälsosamt innan händelsen och medförde därför inte några skuld känslor (Bremer et al., 2009). Att vakna upp efter händelsen innebar att man inte begrep vad som hänt (Bremer et al., 2009; Brännström et al., 2017) och det ledde till sårbarhet, ovisshet, förvirring och att uppfattningen av tid och rum var förändrad. Individerna önskade att sätta händelsen i ett sammanhang för att kunna

hantera situationen (Bremer et al., 2009). En individ upplevde hopplöshet eftersom hen inte kunde påverka risken att drabbas igen (Brännström et al., 2017). Några upplevde en stark oro över att de inte skulle kunna återfå sina tidigare ansvarsområden och roller. (Uren & Galdas, 2015)

Att överleva genererade i en känsla av förundran över att ha fått livet tillbaka. De var också överraskade att de fortfarande var vid liv (Bremer et al., 2009; Forslund et al., 2013a; Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013). Det förekom en tacksamhet till dem som ingripit vid insjuknandet (Brännström et al., 2017; Bremer et al., 2009). Det framkom även en förundran över hur fort kroppen återhämtade sig då de inledningsvis var beroende av medicinsk apparatur och omvårdnad. Med tiden återfick de energi och blev oberoende av den medicinska apparaturen (Brännström et al., 2017).

Under vårdtiden beskrevs en känsla av trygghet eftersom både vårdpersonal och närstående fanns i närheten. Det var även betydelsefullt om det fanns fotografier på anhöriga i närheten av dem på sjukhuset då det påverkade återhämtningen positivt (Brännström et al., 2017). Att skrivas ut från sjukhuset bidrog till känslor av ensamhet eftersom tryggheten från vården upphörde (Palacios- Ceña et al., 2011; Ketilsdottir et al., 2013). Den första tiden efter hjärtstoppet beskrevs som den mest påfrestande perioden (Ketilsdottir et al., 2013; Uren & Galdas, 2015). Förvirring, stress och osäkerhet förekom och det påverkade humöret (Uren & Galdas, 2015). Det kunde även medföra känslor som irritation och otålighet men också nedstämdhet och de längtade efter att få umgås med människor (Ketilsdottir et al., 2013). De upplevde ångest till följd av att de hade svårt att begripa vad som hänt och hur framtiden skulle påverkas av detta (Bremer et al., 2009). En tid efter händelsen upplevdes glädje av att de inte drabbats lika hårt som de hört att andra hade blivit och var vid relativt gott mod (Forslund et al., 2017). De beskrev emotionella förändringar som att lättare övergå i ledsamhet, att bli arga och förlora energi vilka resulterade i att de sköt fram aktiviteter (Bremer et al., 2009; Forslund et al., 2017) men även uppgivenhet och känslor av isolering, begränsning och uteslutning på grund av den förändrade kroppen (Bremer et al., 2009).

Andra individer kände ångest och rädsla över att återinsjukna i hjärtstopp. För att dölja emotionell obalans var de skämtsamma och sarkastiska som försvarsmekanismer från

att verka sårbara (Ketilsdottir et al., 2013). De kände skam på grund av att inte ha samma fysiska förmåga och det ledde till socialt undvikande hos några medan andra upplevde tacksamhet och glädje över att ha överlevt (Forslund et al., 2017). Oavsett om hjärtstoppet medfört hjärnskada eller inte så förekom symtom på depression. Det var dock fler i gruppen som drabbats av hjärnskada som upplevde starkare ångest och posttraumatiskt stressyndrom. Det visade även att de som fått hjärnskada hade en nedsatt förmåga i sociala sammanhang men däremot visade de ingen sämre livskvalitet jämfört med de som inte drabbats av hjärnskada. Det var vanligare med upplevelser av ångest hos de yngre individerna men det var ingen skillnad mellan kön (Wilson, Staniforth, Till, das Nair, Vesey, 2014).

6.1.3 Kognitiva förändringar

Gemensamt för de drabbade var att hjärtstoppet orsakat minnesförluster av olika grad. Vissa hade inga minnen från händelsen medan andra hade några enstaka (Brännström et al., 2017; Bremer et al., 2009; Forslund et al., 2013a; Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013). Det var viktigt att få information för att fylla minnesluckorna med vad som hänt vid inträffandet samt från den första tiden på sjukhuset (Bremer et al., 2009). Det framkom ingen skillnad i uppfattningen om minnessvårigheter och svårigheter att kunna utföra saker mellan de som drabbats av hjärnskada eller inte (Wilson et. al., 2014).

Minnesförlusterna blev tydligare desto längre tiden gick vilket även påverkade deras förmåga att kommunicera. Detta ledde till tvivel på den egna förmågan och känsla av skam. De kognitiva begränsningarna medförde att de var tvungna att planera dagarna för att få livspusslet att fungera (Forslund et al., 2017). Exempel på kognitiva förändringar var en försämrad läsförmåga samt problem att placera bekantas ansikten i rätt sammanhang (Ketilsdottir et al., 2013). De som haft en nära-döden-upplevelse i samband med hjärtstoppet hade fått en något ökad kapacitet till att lyssna på medmänniskor och ett bättre tålamod för andra. Samtidigt hade de också ökat förståelsen för andra och deras bekymmer. Strävan efter att kunna hjälpa medmänniskor hade ökat markant och de hade fått en något ökad förmåga att visa uppskattning till andra (Klemenc-Ketis, 2013). Vissa hade upplevt mardrömmar från tiden då de vårdades på intensivvårdsavdelningen (Brännström et al., 2017).

6.2 Ett förändrat livsperspektiv

Hjärtstoppet kunde medföra en påverkan av livsperspektivet eftersom de drabbade inte fått den information och det stöd som de varit i behov av. Det hade också påverkat vardagslivet eftersom livssituationen förändrats vilket krävde anpassning av det dagliga livet. Relationen till vänner och familj blev viktigare och de sorterade bort personer som tog energi. Livet förändrades också eftersom det givit nytt perspektiv på frågor kring existensen och insikten att livet inte varar för evigt uppstod.

6.2.1 Behov av information och stöd

Vissa av individerna reagerade inte på symtomen vid insjuknandet och förknippade inte dessa som symptom från hjärtat. Detta ledde till att de i efterförloppet upplevde oro över att de inte skulle uppfatta symtomen om de skulle återkomma (Forsslund et al. 2013). Några upplevde att de saknade kunskap om symtomens lokalisation och varför dessa uppkommit och försökte även kartlägga dem för att kunna identifiera en logisk förklaring (Forsslund et al., 2017). Vissa ansåg att de var friska innan de insjuknade och sökte därför förklaring till varför de drabbats (Brännström et al., 2017; Forsslund et al., 2013a). Individerna önskade att de hade fått mer information om vilka komplikationer återupplivning kunde generera i eftersom flera drabbats av revbensfrakturer som medförde smärta. Några hade förknippat smärtan i bröstkorgen med symptom som uppstod vid insjuknandet i hjärtstopp vilket skapade oro och ångest. Detta hade kunnat undvikas om mer information hade givits från början (Forsslund et al., 2017).

Det beskrevs påfrestande att vara beroende av mediciner i efterförloppet som medförde biverkningar som exempelvis trötthet. Även information saknades om hur läkemedelsbehandlingen kunde påverka kroppen och hur biverkningarna kunde generera i symptomliknande upplevelser (Forsslund et al., 2017). Gemensamt var att de upplevde förtroende och hade bra erfarenheter av vårdtiden samt vårdpersonalen vilka belystes som professionella. Informationen de fått var tillfredsställande och de var nöjda med behandlingen (Brännström et al., 2017). Det framkom dock att läkarbesök som vissa deltagit vid upplevdes otillfredsställande då de hade väntat länge på att få en tid (Forsslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013; Palacios- Ceña et al., 2011) och att informationen de erhöll var obegriplig (Forsslund et al., 2017; Palacios- Ceña et al., 2011). Dröjsmålen ledde till att individer upplevt att de drabbats av sjukdom under väntetiden. De önskade även att bli undersökta och få behandling av sjukvården och där

kunna ställa frågor och erhålla begripliga svar. Detta för att uppleva trygghet samtidigt som önskan om att bli friskförklarad fanns (Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013). Vidare belystes ett behov av att få bekräftelse från sjukvården om att deras fysiologiska värden var normala och att hjärtat var i god form igen för att kunna leva vidare. Samtidigt fanns en önskan om att erhålla mer information om vad som hänt vid hjärtstoppet (Brännström et al., 2017; Forslund et al., 2017; Palacios- Ceña et al., 2011) samt förklaring till varför de faktiskt överlevt och om de var nära att dö (Bremer et al., 2009).

Några hade en önskan om att följas upp av samma personal som vårdat dem innan utskrivningen och när det inte inträffade uppstod besvikelse och förlust av trygghet. De upplevde även att vården undvek att samtala om existentiella frågor med dem. Det var något som var önskvärt men som istället bidrog till onödig oro och osäkerhet. Kvinnor som önskade bilda familj upplevde brist på vårdplanering med familjen och önskade att de fått mer information och rådgivning angående graviditet efter ett hjärtstopp (Palacios- Ceña et al., 2011).

De hade bristande kunskap i vad som hade hänt dem vid hjärtstoppet (Forslund et al., 2013a) och funderingar om vad som orsakade hjärtstoppet (Brännström et al., 2017; Bremer et al., 2009). De saknade även kunskap om vad som kunde förebygga eventuella återfall (Forslund et al., 2013a; Forslund et al., 2017; Palacios- Ceña et al., 2011; Ketilsdottir et al., 2013). Att få samtala med de som närvarat vid hjärtstoppet och/eller de som vårdat dem i efterförloppet uttrycktes som ett behov hos de drabbade (Bremer et al., 2009; Forslund et al., 2013a; Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013). Det framkom att vissa inte uppskattade när personer som inte närvarat vid hjärtstoppet försökte förklara vad som hänt (Forslund et al., 2013a). Andra hade svårt att prata om sina erfarenheter av händelsen vilket ledde till en upplevelse av ensamhet (Palacios- Ceña et al., 2011). Några uttryckte en önskan om att få samtala med andra med liknande erfarenheter eftersom de ansåg att utomstående inte förstår vad de gått igenom (Palacios- Ceña et al., 2011; Ketilsdottir et al., 2013). Det beskrevs dock att vissa hade svårt att prata om emotionella upplevelser med vårdpersonal, familj och vänner (Uren & Galdas, 2015).

Det var få som tog emot professionellt stöd eftersom de ansåg att det påverkade deras manlighet att ta emot hjälp från exempelvis psykologer. Många vände sig istället till sina partners för att erhålla känslomässigt stöd. En av de som tog emot hjälp hade dock positiva erfarenheter och upplevde det som ansvarsfullt och att han återfick kontrollen av återhämtningen. En positiv aspekt av att ta emot professionellt stöd hade genererat i att en individ hade lättare att uttrycka sig emotionellt vilket stärkt familjebanden (Uren & Galdas, 2015).

6.2.2 Förändrat vardagsliv

Att överleva hjärtstopp innebar att vardagen plötsligt stannade upp och fick ett nytt perspektiv. Tiden innan, under och efter hjärtstoppet upplevdes vara betydelsefull men svår att begripa. Tankar om framtiden var en viktig aspekt för att kunna gå vidare och de ville återfå det sammanhang samt identitet som de hade innan de drabbades (Bremer et al., 2009). Vissa individer upplevde dock att de fått en förändrad personlighet efter hjärtstoppet men samtidigt menade de att de var samma person som innan händelsen (Brännström et al., 2017; Uren & Galdas, 2015).

En konsekvens av hjärtstoppet var att det medförde brist på energi (Brännström et al 2017; Forslund et al., 2013a) och avsaknad av kraft vilket ledde till begränsning av det sociala livet (Forslund et al., 2013a). Det beskrevs att hjärtstoppet dagligen påverkade deras liv men samtidigt ville de kunna lämna händelsen bakom sig och gå vidare (Forslund et al., 2017; Palacios- Ceña et al., 2011; Ketilsdottir et al., 2013). För en del kunde det medföra existentiellt lidande trots att man lämnat det bakom sig (Bremer et al., 2009). Efter en tid var livet mindre påverkat av hjärtstoppet än tidigare (Forslund et al., 2017; Palacios- Ceña et al., 2011).

Det fanns en strävan efter att återgå till livet som de levde innan de drabbades och önskade att återfå kontrollen och leva utan begränsningar (Forslund et al., 2013a; Forslund et al., 2017; Palacios- Ceña et al., 2011; Uren & Galdas, 2015). Förändringen i vardagslivet ledde till mindre stress och att man vågade efterfråga hjälp om så behövdes. De individer som fortfarande var yrkesaktiva innan de insjuknade hade en önskan om att återfå sin yrkesroll igen (Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013). Det upplevdes viktigt att bevara betydande delar från sitt liv innan händelsen såsom sitt arbete och hem (Palacios- Ceña et al., 2011). De som befann sig i pensionsålder såg

fram emot en rofylld pension. Komplikationer medförde att livssituationen förändrats betydligt och att de var tvungna att anpassa sig till deras nya situation. Den förändrande livssituationen skapade ambivalens i funderingar om framtida mål (Forsslund et al., 2017). Vissa kvinnor hade svårigheter i att tillgodose sig den nya livssituationen då de upplevde en rädsla för att behöva acceptera att de en dag kommer separeras från sina barn (Palacios- Ceña et al., 2011). De som hade haft nära-döden-upplevelse menade att hjärtstoppet hade lett till att de uppskattade vardagen mer och de hoppades att det fortsatta livet efter händelsen skulle vara bra. Det bidrog också till att livet fick en ny viktig innebörd och man förstod och värderade sig själv högre än tidigare (Klemenc-Ketis, 2013).

6.2.3 Förändrade relationer

För att känna stöd, omsorg och trygghet var relationerna till nära och kära viktiga och medförde positiva effekter av synen på livet. Att bevara dessa relationer var viktigt för att kunna uppfatta sig själv som hel (Bremer et al., 2009). En betydande aspekt var när deras barn visade omtanke och hjälpsamhet när behov fanns (Brännström et al., 2017). Då vissa upplevde en förändrad personlighet så förekom en förvåning över att människor i deras närhet inte uppfattade denna förändring. Andra var överraskade över att anhöriga trodde att hjärtstoppet skulle förändra deras personligheter (Brännström et al., 2017). För att kunna bearbeta händelsen vände sig vissa individer till vänner och familj för att få stöd. Det uttrycktes även en svårighet i möten med människor som närvarat vid händelsen då det genererade i skuld och skam över att de tvingades utsätta dessa för situationen (Forsslund et al., 2013a).

Något som kunde leda till irritation var när närstående gav råd om att vara försiktiga och att inte utföra vissa aktiviteter. Det medförde också undanhållande av symtom för sina närstående i hopp om att förhindra uppkomst av oro. Det framkom att de inte ville att någon skulle bestämma vad de bör eller inte bör utföra (Forsslund et al., 2017).

För vissa män upplevdes det utmanande att bevara sin självständighet under återhämningsperioden och det som framkom som svårast var att de inte fick köra bil under det första halvåret efter händelsen. Det ledde till en beroendeställning till familj och vänner som fick ställa upp vid behov av exempelvis skjuts och samordning med återbesök på sjukhuset (Uren & Galdas, 2015).

Att inte kunna fullfölja en konversation ledde till ett medvetet socialt undvikande. De kognitiva, fysiska och emotionella förändringarna som uppkommit efter hjärtstoppet var en bidragande faktor till att familjesituationen förändrades och att relationerna till vänner blev sämre. Individerna märkte också att deras anhöriga var oroliga och visade att de brydde sig om dem. Att överleva gav betydelsen av att umgås med familj och vänner en större innebörd och gav inte bara den drabbade individen en ny syn på hälsosam livsstil utan även familjen. Känslor av att de blivit en börda för familjen i efterförloppet ledde till tankar om att det hade varit enklare om de inte överlevt (Forslund et al., 2017). Vikten av att ha bra relationer med familjen belystes eftersom även de påverkats av hjärtstoppet (Ketilsdottir et al., 2013). Förändringarna i den fysiska kroppen, den kognitiva funktionen och emotionell obalans resulterade i att relationer till vänner blev sämre (Forslund et al., 2017). Individerna upplevde rädsla som påverkade relationerna till deras familjer samt att de begränsades i prestationerna i arbetslivet (Palacios- Ceña et al., 2011).

6.2.4 Ny syn på livet och döden

Hjärtstoppet genererade i en nära-döden-upplevelse för några individer (Klemenc-Ketis, 2013). Det belystes tacksamhet över att de fått en andra chans till livet. Eftersom de dagligen påverkades av hjärtstoppet ledde det till en stärkt medvetenhet av att livet inte går att ta för givet (Bremer et al., 2009; Forslund et al., 2013a; Forslund et al., 2017). Det framkom även att några av de drabbade inte kände någon glädje av att överleva vilket ledde till tankar och ständig oro om den kommande döden (Brännström et al., 2017). De insåg att döden är en del av livets gång men ville trots allt ägna tid till framtiden. De var medvetna om att inte planera för mycket i framtiden och att fokusera på en dag i taget. Individerna fick en ny förståelse för att alla en dag kommer att dö eftersom de själva drabbats av plötslig död men att de återfått livet (Forslund et al., 2013a; Forslund et al., 2017).

Vid hjärtstoppet upplevdes döden som att svimma eller somna vilket medförde att de inte upplevde någon ångest över den kommande döden (Forslund et al., 2013a; Forslund et al., 2017). De drabbade menade att döden blivit påtaglig och att de behöver göra sig förberedda på att livet inte kommer vara för evigt (Bremer et al., 2009; Palacios- Ceña et al., 2011). För vissa genererade det i att man ville förbereda närstående för sin framtida död. Andra ville inte efterlämna ekonomiska besvär och lösa tvister inom

familjen för att inte lägga dessa bördor på andra (Palacios- Ceña et al., 2011). Några önskade finna mening till varför just de råkat ut för hjärtstopp (Brännström et al., 2017; Bremer et al., 2009; Forslund et. al., 2013a., Palacios- Ceña et al., 2011).

Att återfå livet har förändrat dem som personer vilket ledde till att de fick en ny syn på livet och de förstod att de kunde drabbas igen (Palacios- Ceña et al., 2011). Det framkom att hjärtstoppet bidragit till en ny syn på existentiella funderingar som påverkade deras livsvärld. Vissa individer belyste att hjärtstoppet bidragit till att livet fick en positiv vändning (Brännström et al., 2017; Bremer et al., 2009). Det fanns även en strävan efter att erhålla välbefinnande och livskvalitet i framtiden (Bremer et al., 2009).

7 Diskussion

7.1 Metoddiskussion

7.1.1 Sökstrategi och databaser

Något som stärker de valda studiernas relevans var att vissa artiklar påträffades som dubletter det vill säga att de fanns i fler än en databas. Vi har eftersträvat en god sökstrategi men har under vägens gång stött på vissa motgångar. Trots att vi använt de Booleska operanderna AND och OR i olika kombinationer som Kristensson (2014) menar ska optimera sökningen, samt trunkering så har flertalet av artiklarna ändå inte besvarat vårt syfte. Möjligtvis hade fler artiklar kunnat påträffas om andra sökord hade använts vilket vi i efterhand anser att vi kunnat ägna mer tid åt. I PubMed och Cinahl har ämnesordsguiderna nyttjats för att specificera sökningarna. Denna funktion nyttjades inte i PsycInfo då den första sökningen vi utförde resulterade i bra artiklar från början och därför ansåg författarna att det var tillräckligt. I efterhand har vi kommit fram att vi kunnat ägna mer tid åt att finna sökord i olika kombinationer som hade kunnat generera i fler artikelträffar med relevans för syftet. Sökningarna resulterade i flest kvantitativa artiklar men eftersom vi undersökte individers upplevelser av att överleva hjärtstopp önskade vi att majoriteten av artiklarna skulle vara kvalitativa. Trovärdigheten för litteraturöversikten ökar eftersom författarna under arbetets gång kritiskt diskuterat och reflekterat över tillvägagångssättet.

7.1.2 Inklusions- och exklusionskriterier

Vi inkluderade två kvantitativa artiklar och eftersom vi exkluderade ett stort antal kan vi gått miste om relevant material men eftersom vi undersökte upplevelser kan kvantitativa artiklar vara en nackdel. Övergripande har kvalitativa studier använts vilket ökar dess trovärdighet relaterat till studiens syfte. Innehållet i de kvalitativa artiklarna vi funnit har varit bra och omfattande för vårt syfte. Vi avgränsade våra sökningar till vuxna individer för att erhålla deras upplevelser då vi tror att det skiljer sig mellan barn och vuxna. Vi valde även att inkludera artiklar som publicerats mellan 2007-2017 eftersom vi ville ha aktuell forskning. Detta kan ha varit en nackdel eftersom vi kan ha gått miste om material som kunde ha varit relevant för vårt syfte. Eftersom vi hade vissa problem att finna artiklar anser författarna att tidsintervallet hade kunnat utökas så att mer resultat hade kunnat presenteras.

Hjärtstopp förekommer världen över vilket var en av anledningarna till att vi inte avgränsade sökningarna geografiskt. Det anses även att det hade begränsat sökningen ytterligare vilket hade gjort att det blivit svårt att hitta tillräckligt med material att analysera. Valda artiklar till studien var dock publicerade inom Europa vilket ökar dess överförbarhet europeiskt. Då vi upplevde att sökningarna inte gav tillräckligt med artiklar med relevans för syftet så utförde vi en manuell sökning för att komplettera vilket genererade i ytterligare en studie som vi inkluderat. Författarna valde att inte avgränsa till något specifikt tidsintervall efter hjärtstoppet då det ansågs problematiskt att urskilja respektive resultats tidsperioder. Det hade även varit svårt eftersom det utan denna avgränsning ändå var svårt att finna tillräckligt med artiklar. I relation till detta blir det svårt att generalisera resultatet för en specifik tidsperiod. Författarna valde att inte avgränsa till ett specifikt kön då det inte finns mycket forskning kring kvinnors upplevelser av att överleva hjärtstopp. De flesta studier bestod av flest män vilket bidrar till att det inte blir överförbart till båda könen. I framtida forskning hade det varit intressant att belysa kvinnors upplevelser.

7.1.3 Urval och granskning

Författarna har använt ett tillvägagångssätt där studier inkluderas och exkluderas efter titlar och abstrakt vilket medför att relevant material kan ha missats eftersom vi inte läst alla artiklar i fulltext. De artiklar som slutligen inkluderas för granskning har granskats enligt en reviderad mall av Carlsson och Eiman (2003). Mallen ansågs ha en enkel

struktur som berörde viktiga aspekter vid granskning av artiklar. En nackdel med mallen var att vi till en början hade viss problematik med att förstå vissa ord och begrepp vilket gjorde att vi fick söka information kring betydelsen av dessa.

7.1.4 Dataanalys

Dataanalysen utfördes enligt Friberg (2012). Denna analysmodell var enkel att följa och medförde att vi relativt snabbt kunde identifiera nyckelfynd, subteman och teman.

Analysen började med att författarna översatte artiklarna från engelska till svenska för att lättare kunna förstå dess innehåll och underlätta upprepad läsning. En nackdel med detta tillvägagångssätt är att meningar eller ord ibland är svåröversatta. Vid svårigheter att förstå innebörden har vi upprepade gånger gått tillbaka till ursprungstexten för att på så vis försöka förstå texten på nytt. Författarna diskuterade under processen och var tidigt överens om vilka subteman som var återkommande i de olika artiklarna. Det var dock svårare att bestämma de övergripande temana och dessa har korrigerats från ett tema till våra slutgiltiga två. Det upplevdes ibland svårt att skriva om de kvantitativa artiklarnas resultat som ofta bestod av siffror och tabeller till löpande text. Detta medförde att vi fick ägna mer tid till diskussion och reflektion för att förstå och tolka dessa. Författarna har använt triangulering för att undvika missförstånd samt för att öka förståelsen för resultatet i de olika studierna. Vi har även eftersträvat att inte undanhålla eller övertolka resultat eftersom det hade kunnat påverka vårt resultat.

7.2 Resultatdiskussion

Tillförlitligheten för litteraturöversiktens resultat ökar eftersom ett flertal studier styrker och belyser likartade aspekter kring individers upplevelser av att överleva hjärtstopp. I diskussionen berörs likheter och skillnader från resultatet samt förslag på framtida förbättringar i vårdarbetet.

Något som visade sig vara gemensamt för många individer som överlevt hjärtstopp var att det genererat i begränsningar av den fysiska kroppen vilket var en utmaning då de inte visste vad kroppen egentligen klarade av (Bremer et al., 2009; Forslund et al., 2013a; Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013; Uren & Galdas 2015). Att motionera hade för vissa individer positiva effekter på välmåendet men det varierade i vilken grad de kunde utföra fysiska aktiviteter. Alla individer önskade kunna vara fysiskt aktiva och ibland krävdes medicinsk behandling för detta (Forslund, Lundblad,

Jansson, Zingmark & Söderberg, 2013b). Resultatet belyser att många individer upplever det viktigt att kunna utföra fysiska aktiviteter, vilket även styrks av Forslund et al., (2013b). Sjuksköterskan kan bli en väsentlig faktor för att diskutera frågor kring livsstilen och eventuella förändringar som kan behövas. Om vården varit mer uppmärksam på frågor om kroppsliga begränsningar och gett information om prevention i efterförloppet hade det möjligtvis kunnat bidra till ökat välmående. Istället genererade det i utmaningar och att de fick testa sig fram för att lära sig de nya begränsningarna eftersom vården inte gav klara direktiv. Sjuksköterskan är också viktig för att kunna förmedla stöd men även för att ge information om hälsofrämjande åtgärder som kan påverka livsstilen förutom fysisk aktivitet. En av Parsees grundtankar (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012) belyser att den drabbade har ett flertal möjligheter att välja hur livet ska utformas oavsett situation. I relation till detta kan sjuksköterskan ha en betydande roll för att ge olika alternativ på hälsofrämjande åtgärder som kan hjälpa den drabbade att uppnå hälsa. Det kan exempelvis innebära att hen diskuterar vikten av hälsosamma matvanor som en del av en hälsosammare livsstil. Hen kan även belysa hur negativ stress samt alkohol och tobaksanvändning påverkar kroppen för att den drabbade ska få ökad insikt i att det finns flera faktorer som påverkar livsstilen och hälsan. Daglig motion i form av exempelvis promenader kan vara tillräckligt för att skydda kroppen mot hjärt-kärlsjukdomar. Hellenius (2012) menar att det exempelvis kan ha goda effekter på blodsockret, blodfetterna, blodtrycket och inflammatoriska processer i kroppen.

De flesta individerna önskade förståelse och förklaring till varför de drabbats (Forslund et al., 2013b) och om det går att förebygga att återinsjuknande (Forslund et al., 2013a; Forslund et al., 2017; Palacios- Ceña et al., 2011; Ketilsdottir et al., 2013). Som sjuksköterska handlar det inte om att finna mening åt den drabbade utan det handlar om att ge stöd i den utveckling som medför att individen kan finna sammanhang och mening. Individer som råkat ut för svår sjukdom söker ofta både orsak och mening till varför man drabbats och vissa skuldbelägger sig själva för att de drabbats. Det kan även medföra att man reflekterar kring döden och livet eftersom det blivit mer påtagligt (Dahlberg & Segesten, 2010). Dessa aspekter har även framkommit i vårt resultat som vanligt förekommande (Brännström et al., 2017; Bremer et al., 2009; Forslund et al., 2013a; Palacios- Ceña et al., 2011) och även att vissa individer skuldbelade sig själva (Bremer et al., 2009). Vårdpersonal kan vara ett stöd genom att aktivt lyssna och på så

sätt hjälpa individen att processa händelsen genom att vara närvarande som Parse belyser (Parse, 1997). De kan även finnas till hands för att hjälpa individerna att se situationen från ett annat perspektiv och vägleda till bearbetning för att undvika att de skuldbelägger sig själva (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Parse menar också att sjuksköterskan har en viktig roll för att den drabbade ska förstå situationen och sätta den i mening (Parse, 1997). Litteraturöversiktens resultat visar att vården inte lyckats med att få individen förstående då de drabbade saknade information och förståelse kring varför de drabbats och om de själva kan göra något för att inte återinsjukna. Detta kan ha bidragit till att de som drabbats inte kan ge situationen någon mening.

Hjärtstoppet hade genererat i minnesförlust av olika omfattning (Brännström et al., 2017; Bremer et al., 2009; Forslund et al., 2013a; Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013). Det var även tydligt att de allra flesta önskade att få information om händelsen (Bremer et al., 2009; Forslund et al., 2013a; Forslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013). Det fanns en tacksamhet hos de flesta individerna att de fortfarande var vid livet tack vare människor som ingripit och de som vårdat dem i efterförloppet. De hade också en önskan att få samtala med dessa för att få klarhet i tiden då de saknade minnen. Forslund et al., (2013b) menar även att vissa individer upplevde att hjärtstoppet samt överlevnaden hade lett till tacksamhet och att det genererat i en förståelse för att livsstilsförändringar var nödvändigt vilket styrker litteraturöversiktens resultat. Det framkom ett behov av stöd från vårdpersonal men även av de som närvarat när hjärtstoppet inträffade. Sjukvården har här en möjlighet att i efterförloppet anordna uppföljningar som berör dessa aspekter som kan hjälpa de drabbade individerna i deras återhämtning. Att erbjuda uppföljningar som rutin skulle kunna medföra att fler drabbade får bättre eftervård vilket kan generera i fler positiva upplevelser av vården. Sjuksköterskan behöver därför vara extra lyhörd och uppmärksam på dessa individers behov. I framtiden kan tydligare rutiner eller riktlinjer för omhändertagandet av överlevare av hjärtstopp vara ett behov. Detta för att underlätta vårdarbetet med denna patientgrupp men även att sjuksköterskan får tydligare riktlinjer för vad hen kan göra för dessa individer.

Den egna erfarenheten av en rutin efter en traumatisk händelse är att personal som medverkat i vården har en så kallad "debriefing". Denna rutin är till för att samtala om vad som hänt och vad man har gjort men samtidigt vad som kunde gjorts annorlunda i

den akuta situationen i lärande syfte. I debriefing finns även möjligheten att samtala med kollegor om sina egna upplevelser av den specifika situationen. Detta är även något som hade kunnat användas med de som överlevt hjärtstopp. Eftersom det fanns en önskan om att samtala om händelsen (Brännström et al., 2017; Forslund et al., 2017; Palacios- Ceña et al., 2011) kan debriefing för den drabbade och alla involverade förslagsvis vara en tydlig rutin. Debriefing kan utföras i efterförloppet för att erhålla information om vad som hänt. Detta för att ge möjligheten för den drabbade att sätta händelsen i ett sammanhang men också en möjlighet för att få svar på frågor av den personal som vårdat dem. Att få samtala med samma personal var önskvärt (Palacios- Ceña et al., 2011). Att använda debriefing i personalgruppen efter en hjärt- lungräddningsinsats beskrivs vara ett bra och uppskattat tillvägagångssätt för att prata om vad som hänt. Det medförde en individuell utveckling men även att man utvecklades i arbetsgruppen. Det gav även möjligheten att berömma varandra och diskutera att de agerade i den mån de kunde i situationen. Debriefing gav också utrymme för att samtala om känslor kring vad som hänt (Sjöberg, Schönning & Salzmann- Erikson, 2015). Detta styrker att debriefing genererar i positiva upplevelser hos personalen efter en omtumlande händelse. Att även använda detta tillvägagångssätt med de drabbade skulle kunna medföra liknande positiva erfarenheter och ge ytterligare utrymme för att få förståelse för vad som hänt. Författarna anser att individerna bör erbjudas flera tillfällen för uppföljning så att den enskilde själv får avgöra hur många tillfällen som hen är i behov av. Det bör även tydliggöras att om man skulle ångra sig och senare önskar ytterligare samtal och uppföljning kan de återkomma till sjukvården.

Det visade sig att vissa individer upplevde vården som bristfällig och att de blivit svikna när de inte fick bekräftelse av sjukvården (Brännström et al., 2017; Forslund et al., 2017; Palacios- Ceña et al., 2011). Schaufel, Nordrehaug och Malterud (2011) menar dock att individer som vårdats av kompetent personal ingav en känsla av hopp och att de hade förtroende för dessa. Individerna upplevde lättnad när de fick bekräftelse av vården om att allt skulle återgå till det normala (ibid.). Detta är ett tydligt exempel på hur viktigt det är att personalen är kompetent och hur negativa konsekvenser kan uppstå om individernas behov inte tillmötesgårs som exempelvis att samtala och få bekräftelse. Parse menar också att det är viktigt att sjuksköterskan är närvarande och erbjuder stöd för den drabbade (Parse, 1997). Hade detta givits från början hade den upplevda besvikelsen på vården kanske kunnat förhindras.

Det framkom att de drabbade saknade information om komplikationer som exempelvis kan uppkomma till följd av återupplivning och biverkningar av läkemedelsbehandlingen i efterförloppet (Forsslund et al., 2017). Läkarbesöken hade också upplevts som otillfredsställande (Forsslund et al., 2017; Ketilsdottir et al., 2013; Palacios- Ceña et al., 2011) och de önskade att bli uppföljda av samma personal (Palacios- Ceña et al., 2011). Lilja, Erlinge, Larsson, Wallin, Åkerman och Cronberg (2015) menar att uppföljning med individer efter ett hjärtstopp är bristfällig då det inte berör alla aspekter som man kan drabbas av i efterförloppet och att det inte inkluderar alla individer. Det är vanligt att uppföljning sker inom områdena kardiologi alternativt intensivvård. Däremot saknas ofta uppföljning om kognitiva förändringar samt psykisk ohälsa (ibid.). Det föreslås att fler rutiner och ett förbättrat samarbete bör finnas för att uppmärksamma och hjälpa individer som drabbats av kognitiva förändringar. Ett exempel på hur detta kan utföras är att samarbete skapas mellan olika avdelningar och professioner. För att identifiera kognitiva svårigheter kan en kognitiv undersökning utföras. Detta med hjälp av en uppföljningssjuksköterska som varit i kontakt med individen i eftervården. Vid svårare kognitiva förändringar kan kontakt tas med exempelvis arbetsterapeut och psykolog inom neurologi. Detta behöver inte vara resurskrävande och kan bidra till en mer samordnad uppföljning (Lilja et al., 2015). Det beskrivs att uppföljningen är bristfällig och att de finns en önskan hos individer att bli uppföljd av samma personal. Detta är något som Lilja et al. (2015) belyser som förslag på förbättring i eftervården. Dessa uppföljningar kan förslagsvis inkludera information om biverkningar och komplikationer som kan uppkomma i efterförloppet. Uppföljningarna kan också inkludera kognitiva undersökningar för att reducera risken att dessa förändringar går oupptäckta. Att involvera andra professioner kan också vara aktuellt för att komplettera uppföljning och underlätta för både personal och den drabbade. Hade detta tillämpats hade det möjligtvis kunnat reducera negativa upplevelser av vården. En av Parses grundtankar betonar att hälsa uppnås i samspel med andra (Parse, 1997) vilket här skulle kunna ske mellan de olika professionerna samt den drabbade.

Många upplevde att vardagen påverkades efter hjärtstoppet men att de strävade efter att lämna händelsen bakom sig (Forsslund et al., 2017; Palacios- Ceña et al., 2011; Ketilsdottir et al., 2013). De upplevde även en bristande energi (Brännström et al., 2017; Forsslund et al., 2013a) och att de saknade kraft vilket medförde att de begränsade

sitt sociala liv (Forsslund et al., 2013a). Det blir därav extra viktigt för sjuksköterskan att erbjuda möjligheterna för uppföljning och samtal. Detta för att individerna ska få en möjlighet att sätta händelsen i ett sammanhang och successivt kunna acceptera den. Det är även viktigt för att kunna lämna händelsen bakom sig och fokusera på utvecklingsprocessen mot hälsa. Parse belyser att individer kan uppnå hälsa i samverkan med andra (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Författarna tror att samverkan mellan sjuksköterskan och den drabbade blir viktig för att kunna hjälpa den drabbade att uppnå hälsa. Detta kan ske genom att skapa en god relation mellan båda parterna men att sjuksköterskan bär det största ansvaret eftersom den drabbade är i en utsatt situation. Sjuksköterskan får också en viktig roll i att inge hopp samt att hjälpa individen att skapa förståelse för situationen. Detta framgår som bristfälligt i tidigare forskning eftersom vissa av de drabbade upplever att de fått otillräckligt stöd vilket medfört besvikelse och onödigt lidande.

Flera av de drabbade uttryckte en önskan om att kunna återgå till det liv de levde innan hjärtstoppet inträffade (Forsslund et al., 2013a; Forsslund et al., 2017; Palacios- Ceña et al., 2011; Uren & Galdas, 2015). För att detta skulle vara möjligt belystes vikten av att ha goda relationer med närstående men också att man valde att prioritera bort de personer som tog energi. Forsslund et al. (2013b) belyser att de flesta av de drabbade ansåg att familj och vänner var viktiga eftersom de bidrog med kraft och glädje. Parse teori menar att hälsa uppnås i samverkan med andra (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012) vilket gör att goda relationer med både närstående och vårdpersonal kan vara betydande. Individerna insåg att livet förändrats och de fick nya perspektiv på livet och döden. Parse teori belyser att som sjuksköterska är det viktigt att se att den enskilde individen kan påverkas negativt av närstående i upplevelsen av hälsa och mening. Författarna tror att det är viktigt att vi som blivande sjuksköterskor behöver ha i åtanke att människor i ens omgivning kan påverkas både positivt och negativt. Detta kräver en ökad uppmärksamhet och lyhördhet för att kunna förmedla stöd i de situationer där individers hälsoprocesser hämmas och där omgivningens påverkan är stor. Om en god relation erhålls mellan sjuksköterska och den drabbade kan det också bidra med positiva effekter i hälsoprocessen. Att som vårdpersonal reflektera över att man inte får vara styrande i individens hälsoprocess är också viktigt. Parse teori belyser att varje individ aktivt behöver sträva efter sin egen hälsa vilken är individuell (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Vissa individer upplevde att personal undviker frågor kring existensen (Palacios- Ceña et al., 2011). Att undvika dessa frågor menar Dahlberg och Segesten (2010) kan bero på att personalen inte själva reflekterat över dessa frågor och inte känner sig bekväma när de tas upp. Det är dock något som inte behöver vara tidskrävande utan det berör kapaciteten att skapa en relation där tillit finns mellan sjuksköterska och den drabbade (ibid.). Det framgår att personalen undviker frågor kring existensen trots att det är önskvärt hos de drabbade att samtala om dessa. Personalen bör därför diskutera och reflektera kring hur de själva tänker om existensen. Parse menar att tillvaron och existensen har olika innebörd (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Reflektion kring dessa frågor kan medföra att det blir lättare som enskild personal att veta vart man står i dessa frågor som i sin tur kan underlätta för samtal av denna karaktär. På så sätt kan det medföra att de drabbade får tillräckligt med stöd vilket kan förbättra deras upplevelser.

Vissa viktiga skillnader framkom även i resultatet. Några individer var inte lika positiva till att ha överlevt (Brännström et al., 2017; Forslund et al., 2017) och det blir därmed oerhört viktigt att upptäcka och hjälpa dessa personer. Dessa individer kan vara i extra behov av exempelvis stödjande samtal för att kunna återfå glädjen i livet. Vissa individer upplevde även en konstant oro kring den kommande döden vilket också tydliggör att de hade behov av att samtala om existentiella frågor. Det visade sig även att en del kvinnor upplevde vårdplanering där hela familjen kunde vara delaktig som bristfällig och de saknade även information angående eventuella framtida graviditeter (Palacios- Ceña et al., 2011). Bemöts dessa med öppenhet kan dessa tankar fångas upp och därmed bjuda in familjen till samtal. Det hade kunnat påverka upplevelsen av hälsa eftersom Parse menar att hälsa uppnås i samspel med andra (Parse, 1997) och i detta fall var familjesamtal viktigt. Detta hade kunnat medföra att man fått fler positiva erfarenheter av vården samt att det hade kunnat leda till att dessa individer fått svar på sina frågor som kunde hjälpa dem att gå vidare i livet.

Hjärtstoppet hade för vissa medfört upplevelser av en förändrad identitet (Uren & Galdas, 2015; Ketilsdottir et al., 2013). Dessa individer blir också viktiga att tillmötesgå för att kunna diskutera om deras upplevelser och hur vården kan stödja dem. Det kanske hade varit tillräckligt om vårdpersonal hade varit tydligare med vilka komplikationer hjärtstopp kan medföra i efterförloppet som exempelvis trötthet och sämre kraft. Om

detta hade givits från början hade möjligen inte samma frustration upplevts eftersom man då är förberedd på att detta kan uppkomma. Eftersom hälsa är en konstant föränderlig process enligt Parse (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012) kan vården försöka fånga upp de individer som upplever att identiteten är förändrad. Genom att samtala och ge information med den drabbade kan det reducera upplevelsen den förändrade identiteten och kan därmed ha en positiv inverkan på hälsan.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) belyser att alla individer har rätt till god vård, att den ska vara likvärdig för alla och att vården ska arbeta preventivt mot ohälsa. Patientlagen (SFS 2014:821) betonar individens rätt till att erhålla information kring olika aspekter av vården exempelvis olika behandlingsalternativ, eventuella komplikationer, biverkningar, eftervård samt information om prevention av sjukdom. I litteraturöversiktens resultat framgår det att vården brister i flera av dessa aspekter och författarna ser ett behov av förbättring. Resultatet har ökat förståelsen för att vi som framtida sjuksköterskor måste vara uppmärksamma på individers behov och önskemål. Författarna anser också att man behöver sträva efter att ständigt uppdatera sin kunskap utifrån aktuell forskning. Då allt fler individer överlever hjärtstopp är möjligheten större att vi i vårdyrket kommer att möta dessa. Detta kräver en ökad lyhördhet för att kunna individanpassa vården. Det krävs bättre planering, rutiner och riktlinjer för att omvårdnaden ska tillmötesgå denna grups önskemål och behov. Det krävs ett personcentrerat förhållningssätt eftersom alla individer är olika och kräver en flexibilitet i rutiner och riktlinjer. Sjuksköterskan behöver också förmedla den information som individen behöver för att kunna gå vidare i sin process mot hälsa.

8 Slutsats

Allt fler individer överlever hjärtstopp vilket medför att dessa individers upplevelser behöver uppmärksammas. Litteraturöversikten har visat att överleva hjärtstopp har påverkan på individen såväl fysiskt i form av begränsad förmåga som emotionellt men även kognitivt. Detta har medfört att man behövt testa sin kropp och på nytt lära sig hur den fungerar. Det framkom även att information och stöd från vården var bristande men en viktig del för att individerna skulle kunna gå vidare. Vardagen och relationer till familj och vänner hade förändrats och lett till nya prioriteringar. Att överleva ett hjärtstopp medförde även ett nytt livsperspektiv och resulterade i en ny syn på existentiella frågor. Resultatet visar att vårdens omhändertagande av dessa individer

behöver förbättras med förslagsvis tydligare rutiner och riktlinjer i eftervården. Detta för att kunna ta tillvara varje individs upplevelser och behov efter att ha överlevt ett hjärtstopp.

9 Förslag på vidare forskning

Författarna har identifierat att det finns bristande forskning kring kvinnors upplevelser av att överleva ett hjärtstopp. Detta hade kunnat vara intressant att undersöka för att öka förståelsen för kvinnors upplevelser och se om det skiljer sig i efterfrågan om exempelvis behandling och eftervård. Det framgår även att det saknas tydlig information, rutiner och riktlinjer i efterförloppet vilket förslagsvis kan vara viktigt att forska ytterligare på för att kunna förbättra vården.

Referenser

De artiklar som använts i resultatet markeras med *.

Atwood, C., Eisenberg, M.S., Herlitz, J., & Rea, T.D. (2005). Incidenser of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 67(1), 75-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2005.03.021>

Bernard, S., Gray, T., Buist, M., Jones, B., Silvester, W., Gutteridge, G., & Smith, K. (2002). Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia. *New England Journal Of Medicine*, 346(8), 557-563.

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

*Brännström, M., Niederbach, C., & Rödin, A.-C. (2017). Experiences of surviving a cardiac arrest after therapeutic hypothermia treatment: an interview study. *International Emergency Nursing*. In press. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.003>

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad*. Malmö högskola.

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

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Ericson, E., & Ericson, T. (2013). *Medicinska sjukdomar patofysiologi, omvårdnad, behandling*. (4 uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

*Forslund, A-S., Jansson, J., Lundblad, D., & Söderberg, S. (2017). A second chance at life: People's lived experiences of surviving out-of-hospital cardiac arrest. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 878-886.

doi: <http://dx.doi.org.proxy.lnu.se/10.1111/scs.12409>

*Forslund, A-S., Zingmark, K., Jansson, J-H., Lundblad, D., & Söderberg, S. (2013a). 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

Forslund, A-S., Lundblad, D., Jansson, J-H., Zingmark, K., & Söderberg, S. (2013b). Risk factors among people surviving out-of-hospital cardiac arrest and their thoughts about what lifestyle means to them: a mixed methods study. *BioMed Central Cardiovascular Disorders*, 13(62). doi: 10.1186/1471-2261-13-62

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2:3 uppl. s. 133-143). Lund: Studentlitteratur AB.

Fryckstedt, J., Hulting, J., Höjer, J., & Ludwigs, U. (2014). *Matell-Reichards Akutmedicin*. (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2009). Hälsobegreppet – synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (1:5 uppl. s. 237-262). Lund: Studentlitteratur AB.

Hellenius, M-L. (2012). Hjärta och livsstil. I M. Rosenqvist & P. Tornvall (Red.), *Hjärtat*. (s. 229-241). Karolinska institutet University Press.

Hjärt-Lungfonden. (2017). *Plötsligt hjärtstopp* [Broschyr]. Hämtad från https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Hjartstopp_2017_lowres.pdf

HLR-rådet. (2017). *Svenska hjärt-lungräddningsregistret- Årsrapport 2017*. [Broschyr]. Hämtad från: <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/hjart-lungraddningsregistret-arsrapport-2017.pdf>

Hypoxia, Brain. (u.å.). I Svenska MeSH. Hämtad 22 november, 2017, från <https://mesh.kib.ki.se/term/D002534/hypoxia-brain>

Hälso och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet.

Israelsson, J., Lilja, G., Bremer, A., Stevenson-Ågren, J., & Årestedt, K. (2016). Post cardiac arrest care and follow-up in Sweden - a national web-survey. *BMC Nursing*, 151-8. doi:10.1186/s12912-016-0123-0

*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

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (1:5 uppl. s. 69-92). Lund: Studentlitteratur AB.

*Klemenc-Ketis, Z. (2013). Life changes in patients after out-of-hospital cardiac arrest: The effect of near-death experiences. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(1), 7-12. doi:http://dx.doi.org.proxy.lnu.se/10.1007/s12529-011-9209-y

Krahn, A. D., Healey, J. S., Simpson, C. S., Chauhan, V. S., Birnie, D. H., Champagne, J., & ... Sheldon, R. S. (2012). Sentinel Symptoms in Patients with Unexplained Cardiac Arrest: From the Cardiac Arrest Survivors with Preserved Ejection Fraction Registry (CASPER). *Journal Of Cardiovascular Electrophysiology*, 23(1), 60-66. doi:10.1111/j.1540-8167.2011.02185.x

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik – för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kärner, A. (2009). Lärande i ett omvårdnadsperspektiv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (1:5 uppl. s.427-452). Lund: Studentlitteratur AB.

Lilja, G. Erlinge, D., Larsson, I-M., Wallin, E., Åkerman, E., & Cronberg, T. (2015). [The follow up of patients and their relatives after cardiac arrest varies greatly]. *Lakartidningen*, 112.(C44A).

Lim, C., Verfaellie, M., Schnyer, D., Lafleche, G., & Alexander, M. (2014). Recovery, long-term cognitive outcome and quality of life following out-of-hospital cardiac arrest. *J Rehabil Med*, 46(7), 691-697. doi: 10.2340/16501977-1816

Mackiewicz-Milewska, M., Jung, S., Lach-Inszcak, S., Borland, S., Szymku, I., Cieski, J., & ... Heyd, R. (2010). Heterotopic ossification following cardiac arrest and hypoxic brain damage...including commentaries by Hsu JE, Hosalkar H, and Heyd R. *International Journal Of Therapy & Rehabilitation*, 17(4), 180-185.

Moulaert, VR., Verbunt, JA., van Heugten, CM., & Wade, DT. (2009). Cognitive impairments in survivors of out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review. *Resuscitation*, 80(3), 297–305. doi: 10.1016/j.resuscitation.2008.10.034

*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:<http://dx.doi.org.proxy.lnu.se/10.1111/j.1442-2018.2011.00593.x>

Parse, R. (1992). Human Becoming: Parse's Theory of Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 35-42.

Parse, R. (1997). Transforming research and practice with the human becoming theory. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 171-174.

Patientlag (SFS 2014:821). Stockholm: Socialdepartementet.

Peters, R., & Boyde, M. (2007). Improving survival after in-hospital cardiac arrest: the Australian experience. *American Journal Of Critical Care*, 16(3), 240-247.

Schaufel, M. A., Nordrehaug, J. E., & Malterud, K. (2011). Hope in action - facing cardiac death: A qualitative study of patients with life-threatening disease. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 6(1), 1-8. doi: 10.3402/qhw.v6i1.5917

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2:3 uppl. s. 97-100). Lund: Studentlitteratur AB.

Sjöberg, F., Schönning, E., & Salzmänn-Erikson, M. (2015). Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(17/18), 2522-2528. doi:10.1111/jocn.12844

Strömberg, A. (2014). Cirkulation. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (2 uppl. s. 201-230). Lund: Studentlitteratur AB.

Svensson, L. (2012). Hjärtstopp. I M. Rosenqvist & P. Tornvall (Red.), *Hjärtat*. (s. 119-214). Karolinska institutet University Press.

Universitetsbiblioteket. (2017). Värdera information. Hämtad: 2017-12-06 från <https://lnu.se/ub/soka-och-vardera/vardera-information/>

*Uren, A., & Galdas, P. (2015). The experiences of male sudden cardiac arrest survivors and their partners: a gender analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 349-358. doi: 10.1111/jan.12499

Whitcomb, J., & Blackman, V. (2007). Cardiopulmonary resuscitation: how far have we come?. *Dimensions Of Critical Care Nursing*, 26(1), 1-8.

* Wilson, M., Staniforth, A., Till, R., das Nair, R., & Vesey, P. (2014). The psychosocial outcomes of anoxic brain injury following cardiac arrest. *Resuscitation*, 85(6), 795-800. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.02.008

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård: omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2:3 uppl. s. 57-79). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilagor

Bilaga 1

Sökning utförd i Cinahl: 2017-10-02

Sök nr	Sökord	Avgränsning	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa fulltexter	Lästa abstract	Granskade studier	Inkluderade studier, (studie nr)
1	(MH "Heart Arrest")	0	6675	0	0	0	0	0
2	experience*	0	216,919	0	0	0	0	0
3	S1 AND S2	0	338	0	0	0	0	0
4	S1 AND S2	2007-2017	230	0	0	0	0	0
5	S1 AND S2	2007-2017, Subject age: all adult	112	0	0	0	0	0
6	S1 AND S2	2007-2017, PR, All Adult	110	0	0	0	0	0
7	survive*	0	7867	0	0	0	0	0
8	survive* AND heart*	0	978	0	0	0	0	0
9	S1 OR S8	0	7353	0	0	0	0	0
10	S2 AND S9	0	447	0	0	0	0	0
11	S2 AND S9	2007-2017	298	0	0	0	0	0
12	S2 AND S9	2007-2017, PR, All Adult	144	144	10	51	1	1 (1*)

(x) = Artikel som är funnen i sökningen.

*= Dubblett i annan databas

Sökning utförd i PubMed: 2017-11-07

Sök nr.	Sökord	Avgränsning	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa fulltexter	Lästa abstract	Granskade studier	Inkluderade studier, (studie nr)
1	Heart [MESH]	0	462917	0	0	0	0	0
2	Survivors [MESH]	0	23218	0	0	0	0	0
3	Heart arrest [MESH]	0	41202	0	0	0	0	0
4	Out of hospital cardiac arrest [MESH]	0	2399	0	0	0	0	0
5	experience*	0	891818	0	0	0	0	0
6	(Heart [MESH]) AND Survivors [MESH]	0	225	0	0	0	0	0
7	(Heart arrest [MESH]) OR Out-of-hospital cardiac arrest [MESH]	0	41202	0	0	0	0	0
8	((Heart [MESH]) AND Survivors [MESH]) OR ((Heart arrest [MESH]) OR Out of hospital cardiac arrest [MESH])	0	41417	0	0	0	0	0
9	(((((Heart [MESH]) AND Survivors [MESH]) OR ((Heart arrest [MESH]) OR Out of hospital cardiac arrest [MESH]))) AND experience*	0	2583	0	0	0	0	0
10	(((((Heart [MESH]) AND Survivors [MESH]) OR ((Heart arrest [MESH]) OR Out of hospital cardiac arrest [MESH]))) AND experience*	2007/01/01-2017/12/31	1380	0	0	0	0	0
11	(((((Heart [MESH]) AND Survivors [MESH]) OR ((Heart arrest [MESH]) OR Out of hospital cardiac arrest [MESH]))) AND experience*	2007/01/01-2017/12/31 Adult 19+ years	966	30	2	5	1	1 (8)
12	(((((Heart [MESH]) AND Survivors [MESH]) OR ((Heart arrest [MESH]) OR	2007/01/01-2017/12/31 Adult 19+ years	40	40	2	8	2	2 (5,6*)

Out of hospital cardiac arrest [MESH])) AND experience* AND qualitative study								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

(x) = Artikel som är funnen i sökningen.

*= Dubblett i annan databas

Sökning i PsycInfo: 2017-10-10

Sök nr	Sökord	Avgränsning	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa fulltexter	Lästa abstract	Granskade studier	Inkluderade studier, (studie nr)
1	cardiac arrest	0	901	0	0	0	0	0
2	heart arrest	0	780	0	0	0	0	0
3	experience*	0	578709	0	0	0	0	0
4	Survivors*	0	28749	0	0	0	0	0
5	S1 OR S2	0	1117	0	0	0	0	0
6	S5 AND S4 AND S3	0	20	0	0	0	0	0
7	S5 AND S4 AND S3	PR	17	0	0	0	0	0
8	S5 AND S4 AND S3	PR, 2007-2017	12	0	0	0	0	0
9	S5 AND S4 AND S3	PR, 2007-2017, Adult (18 yrs & older)	7	7	4	6	3	3 (3,7*,9)

(x) = Artikel som är funnen i sökningen.

*= Dubblett i annan databas

Bilaga 2

Granskningsmall Kvantitativa artiklar

Poängsättning

	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (Antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter som överlevt hjärtstopp	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20%	5-20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas/ Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (Redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citatt, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överrensstämmelse med resultatet (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (Max 48p)	p	p	p	p

Grad I: 80%

Grad II: 70%

Grad III: 60%

Titel:

Författare:

p
%
Grad

Bilaga 2

Granskningsmall Kvalitativa artiklar

Poängsättning

	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (Antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter som överlevt hjärtstopp	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20%	5-20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas/ Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (Redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultatet	Ej acceptabelt	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överrensstämmelse med resultatet (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (Max 47p)	p	p	p	p

Grad I: 80%

Grad II: 70%

Grad III: 60%

Titel:

Författare:

p
%
Grad

Bilaga 3 Artikelmatris

(NR)	Författare År Land	Tidskrift Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalité	Etiska aspekter
(1.)	Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L. 2009 Sverige	<i>Qualitative Health Research</i> To Survive Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Search for Meaning and Coherence	Syftet var att beskriva patienters upplevelser av att överleva hjärtstopp med fokus på hur hjärtstoppet har påverkat deras välmående över tid.	Kvalitativ, beskrivande och explorativ design. Intervjumetod Ändamålsenligt urval. Åtta män och en kvinna.	Resultatet visar på överlevares känslomässiga behov och att personalens stöd i förståelseprocessen för vad som drabbat dem. Att vakna upp efter ett hjärtstopp beskrivs vara förvirrande förlust av kontroll och det kan existera många tankar och frågor. Ett behov av att få ett sammanhang relaterat till minnesluckor uttrycktes. Emotionell obalans var tydligt i efterförloppet. Existentiella frågor blev betydande. De uttryckte ett behov av sammanhang och mening.	Hög	Frivilligt deltagande. Skriftligt samtycke. Rätt att avbryta. Följt Helsingforsdeklarationen.
(2.)	Brännström, M, Niederbach, C, Rödin, A-C. 2017 Sverige	<i>International Emergency Nursing</i> Experiences of surviving a cardiac arrest after therapeutic hypothermia treatment. An interview study	Syftet med studien var att beskriva personer som överlevt hjärtstopp efter terapeutisk hypotermibehandling.	Kvalitativ, beskrivande design. Individuella intervjuer. Innehållsanalys. Antal deltagare var sex män och en kvinna.	Samtliga upplevde minnesförlust från hjärtstoppet och hur livet hade förändrats på en sekund. Majoriteten minns ej hypotermibehandlingen. Deltagarna försökte fylla i sina minnesförluster. Deltagarna upplevde också att hjärtstoppet medfört många existentiella frågor. De flesta kände tacksamhet av att hjärtstoppet var bevitnat. Alla deltagarna menade att livet hade förändrats. De hade goda erfarenheter av vården de fått. De upplevde att de fått tillräcklig med information och att de blivit väl omhändertagna.	Hög	Godkänd av Helsingforsdeklarationen och etisk kommitté. Frivilligt deltagande. Rätt att avbryta. Skriftlig och muntlig information.
(3.)	Forslund, A., Jansson, J., Lundblad, D., & Söderberg, S. 2017 Sverige	<i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> A second chance at life: people's lived experiences of surviving out of hospital cardiac arrest	Syftet med studien var att belysa betydelsen av individens upplevelser och förändringar i dagliga livet under deras första år efter att ha överlevt ett plötsligt hjärtstopp.	Kvalitativ prospektiv longitudinell design. Fenomenologisk och hermeneutisk tolkning. Ändamålsenligt urval. Två kvinnor nio män mellan 25-74 år. Intervjuer med öppna frågor.	Resultatet visade att många individer upplevde tacksamhet av att de fått en andra chans till livet och strävade efter att återgå till det livet som de levde innan de drabbades. De uttryckte att de ville ha kontroll över sina kroppar eftersom de delvis förlorat sin identitet på grund av hjärtstoppet. Ju mer tiden gick vågade de utmana sina kroppar och successivt återfick de kontrollen. De har fått en positiv syn på livet och med tiden kunde de acceptera vad som hänt. Att övervinna rädsla upplevdes vara viktigt för att kunna gå vidare i	Hög	Informerat samtycke. Frivilligt deltagande. Rätt att avbryta. anonymitet Etisk godkänd av kommitté.

					livet. Många var inte längre rädda för att dö. Även att händelsen alltid var närvarande i deras liv kunde de fokusera på att gå vidare i livet.		
(4.)	Forslund, A-S., Zingmark, K., Jansson, J-H., Lundblad, D. & Söderberg, S. 2013 Sverige	<i>Journal of Cardiovascular Nursing</i> Meanings of People's Lived Experiences of Surviving an Out-of-Hospital Cardiac Arrest, 1 Month After the Event	Syftet med denna studie var att belysa betydelsen av människors levda erfarenheter av att överleva hjärtstopp utanför sjukhus med validerad myokardinfarkt (MI) som etiologi, 1 månad efter händelsen.	Kvalitativ studie. Intervjuer Ändamålsenligt urval, 2 kvinnor och 9 män. Fenomenologisk hermeneutisk ansats.	Att överleva genererade i ett behov av att få en helhetsbild över händelsen relaterat till minnesförlust. En tacksamhet över att ha överlevt upplevdes samtidigt som en obalans i känslorna fanns. Medvetenhet om deras dödlighet och att livet är kort. Ingen beskrev några otäcka upplevelser under tiden de var borta. En ny syn på livet med önskan om att hitta förklaringar och mening uppstod. De reflekterade mer över hur livet innan händelsen var. Det kom också att påverka deras relationer.	Hög	Skriftlig information. Informerat samtycke. Frivilligt deltagande. Studien godkändes av etisk kommitté.
(5.)	Ketilsdóttir, A., Albertsdóttir, H. R., Akadóttir, S. H., Gunnarsdóttir, T. J. & Jonsdóttir, H. 2013 Island	<i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> The experience of sudden cardiac arrest: Becoming reawakened to life	Syftet med studien var att beskriva överlevandes erfarenheter efter ett plötsligt hjärtstopp och återupplivning för att få ökad kunskap om effekten av denna erfarenhet av de överlevandes behov och problematik.	Kvalitativ. Tolkande fenomenologisk ansats. Ändamålsenligt urval. Semistrukturerade intervjuer. Sju män deltog.	Resultatet visade att hjärtstoppet hade förändrats informanternas liv. Många upplevde en osäkerhet och önskade mer stöd av sjukvården. Rädsla för att symtomen skulle komma tillbaka upplevdes och avsaknad av information angående motion och dagliga aktiviteter. De hade även känslomässiga utmaningar och rädsla för att drabbas igen. De kände en strävan att återgå till sitt normala liv igen. En ny syn på livet uppkom också på grund av händelsen.	Hög	Skriftlig och muntlig info och samtycke. Etisk godkänd. Principerna från Helsingforsdeklarationen. Konfidentialitet.
(6.)	Palacios- Ceña, D., Losa-Iglesias, M. E., Salvadores-Fuentes, P. & Fernández-de-la-Peñas, C. 2011 Spanien	<i>Nursing and Health Sciences</i> Sudden cardiac death: the perspectives of Spanish survivors	Syftet var att undersöka livserfarenheterna av patienter som framgångsrikt återupplivades efter en plötslig hjärtdöd.	Kvalitativ. Fenomenologisk studie. Husserls referensram. Ändamålsenligt urval. Nio deltagare. Ostrukturerade intervjuer.	Denna händelse beskrevs påverka vardagen, prestationen på jobbet och familjerelationerna. Händelsen påverkade deras vardag och rädsla om att drabbas igen. Känslor av ångest och att bära en börda existerade. De fick ny syn på livet och döden. Behov av att få tala med individer med liknande erfarenheter.	Hög	Informerat samtycke. Etiskt godkänd av kommitté. Konfidentialitet.
(7.)	Uren, A & Galdas, P 2015 Storbritannien	<i>Journal of Advanced Nursing</i> The experiences of male sudden cardiac arrest survivors and their partners: a gender analysis	Syfte var att undersöka hur manligheten formar upplevelserna hos män och deras partner efter att de överlevt hjärtstopp utanför sjukhus.	Kvalitativ tolkande och beskrivande design. Ändamålsenligt urval, sju män. Semistrukturerade intervjuer.	De kände att de förlorat en del av självständigheten efter händelsen och var beroende av nära och kära. Fåtal av deltagarna tog emot professionell hjälp i form av psykologer utan anförtror sig istället till sina partners. Händelsen hade effekt på deras känslomässiga välbefinnande. Hjärtstoppet visade sig också ge fysiska	Hög	Etiskt godkänd. Skriftligt och muntligt samtycket. Rätt att avbryta. Konfidentialitet.

					begränsningar. Det fanns en stark önskan om att få tillbaka sitt "normala liv".		
(8.)	Wilson, M, Stainforth, A, Till, R, das Nair, R, Vesey, P. 2014 Storbritannien.	<i>Resuscitation</i> The psychosocial outcomes of anoxic brain injury following cardiac arrest	Studien syfte var att undersöka psykosociala effekter hos överlevande av hjärtstillestånd och undersöka om det fanns större inverkan på psykosociala effekter hos individer som drabbats av anoxisk hjärnskada som ett resultat av hjärtstoppet.	Kvantitativ studie. Explorativ design. Frågeformulär, 56 deltagare. ANOVA-test, Mann-Whitney U-test, T-test för att räkna ut signifikansen.	Studien jämförde individer som fått förvärvad (anoxisk) hjärnskada till följd av syrebrist vid hjärtstopp och de som klarat sig utan denna hjärnskada. Resultatet visade att det var signifikanta skillnader mellan grupperna då de med anoxisk hjärnskada skattade högre på symtom av depression, svårigheter med sociala aspekter samt starkare ångest. Anoxiska gruppen skattade också högre på symtom för posttraumatiskt syndrom. Det skiljde sig dock inte signifikant åt relaterat till livskvalité.	Hög	Etiskt godkännande av kommitté.
(9.)	Zalika Klemenc-Ketis 2011 Slovenien	<i>International Society of Behavioral Medicine</i> Life Changes in Patients After Out-of-Hospital Cardiac Arrest: The Effect of Near-Death Experiences	Syftet var att kartlägga sambandet mellan nära döden upplevelse och livsförändringar hos patienterna, 6 månader efter ett utanför sjukhus.	Kvantitativ prospektiv observationsstudie. 37 informanter. 29 män, 8 kvinnor. Två frågeformulär och skala. Statistisk univariat analys. Mann-Whitney test och Cronbach's alpha.	Enbart sju deltagare hade upplevt nära en döden upplevelse vid hjärtstoppet. Vidare visade det att de skattat att det förändrat uppskattning i vanliga saker i livet, förmåga att lyssna på andra, tolerans för andra och önskan av att leva ett bra liv. De sju som upplevde sig vara nära döden belyste också att de förändrats i olika intressen. De som inte upplevde nära döden upplevelse menade att de förändrats i förmågan att lyssna på andra samt önskan om att leva ett bra liv. I de övriga grupperna framkom det ingen signifikant skillnad mellan grupperna.	Medel	Etiskt godkänd av kommitté. Muntligt informerat samtycke.