

Självständigt arbete på grundnivå

Independent degree project – first cycle

Omvårdnad

Nursing science

Från lidande till hopp

Patientens upplevelse som grund till god omvårdnad efter hjärtstopp

Rita Eklund

Jenny Holmbergh



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Campus Härnösand Universitetsbacken 1, SE-871 88. Campus Sundsvall Holmgatan 10, SE-851 70 Sundsvall.

Campus Östersund Kunskapens väg 8, SE-831 25 Östersund.

Phone: +46 (0)771 97 50 00, Fax: +46 (0)771 97 50 01.

MITTUNIVERSITETET

Avdelningen för omvårdnad

Examinator: Ingela Enmarker, ingela.enmarker@miun.se

Handledare: Stefan Jansson, stefan.jansson@miun.se

Författare: Rita Eklund, riha0000@student.miun.se

Författare: Jenny Holmbergh, jeho1207@student.miun.se

Utbildningsprogram: Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

Huvudområde: Omvårdnad

Termin: 6

År: Hösttermin, 2015

Sammanfattning

Bakgrund I Sverige drabbas 15 956 personer av hjärtstopp varje år där livräddande insatser vidtagits. Forskning visar att antalet överlevare ökar och det saknas kunskap om denna patientgrupp gällande upplevelser av omvårdnad efter hjärtstopp. Sjuksköterskans professionella roll är betydelsefull i detta sammanhang och för att kunna möta dessa patienter är det viktigt att hon innehar de rätta verktygen. **Syfte:** Syftet med denna studie var att belysa patienters upplevelser av omvårdnad efter hjärtstopp. **Metod:** Allmän litteraturstudie som baserades på tio vetenskapliga artiklar. Samtliga artiklar granskades för att i första hand svara till syftet. I andra hand användes sex utvalda begrepp ur Joyce Travelbees omvårdnadsteori som ett granskningsinstrument av artiklarna samt som teman i resultatet enligt följande: *lidande, människa som individ, kommunikation, interaktion, mening och hopp*. **Resultat:** Resultatet visade hur omvårdnaden upplevdes av patienterna. Brister i kommunikationen förekom i de flesta studier vilket ledde till att onödiga negativa känslor upplevdes, men det upplevdes även god kommunikation som skapade hopp och mening för många. **Diskussion:** Anledningar till problem med kommunikation kunde vara stress, dåliga kunskaper, för stort känslomässigt engagemang, eller brister i organisationen. **Slutsats:** Det fanns lite forskning om hjärtstoppspatienters upplevelser av omvårdnad. Kommunikation visade sig vara en viktig del i omvårdnaden som kan förbättras genom mer forskning, utökat personligt engagemang och organisatoriska förbättringar.

Nyckelord: Joyce Travelbee, sjuksköterska, upplevelser, vårdpersonal, överlevare.

Förord

Hjärtligt tack till Janne och Camilla för kärleksfull uppmuntran och stöd på vägen. Camilla särskilt tack för hjälp med layout. Tack till hund och hästar och familj som bidragit med värdefull avkoppling i naturen mellan varven. Vi vill även tacka vår handledare Stefan Jansson för värdefulla råd om uppsatsen.

“A good nurse...does not take for granted that she knows what the patient feels and wants without the most careful observation and testing of her own observations”

Florence Nightingale, Notes on Nursing.

Innehåll

Introduktion	1
Bakgrund	1
När hjärtslagen upphör	1
Tillbaka till livet	2
Vad händer sedan?	3
Teoretisk anknytning	4
Från lidande till hopp	5
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Design.....	7
Inklusionskriterier	8
Exklusionskriterier	8
Litteratursökning	8
Urval.....	9
Analys.....	9
Etiska överväganden	10
Resultat.....	10
Tabell 1. Översikt av analys genom Joyce Travelbees omvårdnadsbegrepp.....	11
Lidande	11
Människan som individ	13
Kommunikation.....	14
Interaktion	16
Mening	17
Hopp.....	18
Diskussion	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	20
Slutsats	24
Referenser	
Bilagor	
Bilaga 1. Inledande databassökningar	
Bilaga 2. Översikt av litteratursökningar i Cinahl	
Bilaga 3. Översikt av litteratursökningar, gjorda i Pubmed	
Bilaga 4. Översikt av inkluderade artiklar	

Bilaga 5. Sökningar som inte genererade några relevanta träffar

Bilaga 6. Kvalitetsgranskning (modifierad utifrån Willman, Stoltz och Batchevani, 2011)

Introduktion

Sjuksköterskans vård och omsorg har en central roll genom hela förloppet från det att hjärtat sätts igång efter ett hjärtstopp till dess att patienten rehabiliterats och är redo att möta vardagen igen. Oberoende av arbetsplats kan sjuksköterskans agerande få stor betydelse för patientens liv och välbefinnande.

Bakgrund

När hjärtslagen upphör

Hjärtat, den knytnävsstora muskelpumpen i bröstet, har en imponerande arbetsförmåga och verkar nästintill outtröttlig. Varje timme blir det ca 4200 slag, 3 miljarder öppningar och stängningar av hjärtklaffarna under livet. Trycket hålls uppe och 200 miljoner liter blod pumpas iväg under ca 80 levnadsår. (Länne, 2012, s.7)

Om hjärtats pumpförmåga plötsligt avtar på grund av onormal eller oregelbunden hjärtrytm så kallade arytmier inträffar ett hjärtstopp. Hjärtats elektriska system slutar att fungera korrekt och ett kaos i retledningssystemet uppstår. Den vanligaste arytmien bakom hjärtstopp är ventrikelflimmer (VF). Vid detta flimmer börjar hjärtats kamrar att slå kaotiskt och slutar därmed att pumpa blod. Dödsfall inträffar inom några minuter efter att hjärtat börjat flimra. Dessa människor kan räddas om HLR (Hjärt-Lungräddning) utförs och defibrillator (hjärtstartare) används för att återstarta hjärtat. Hjärtstopp kan drabba de med bakomliggande hjärtsjukdom men även till synes helt friska individer (American Heart Association [AHA], 2015).

När det gäller förebyggande av hjärtstopp på sjukhus så kom redan under 90-talet de första kliniska forskningsstudierna som visade att hjärtstopp föregås av detekterbara avvikelser av vitala parametrar såsom blodtryck, puls, temp, blodets syresättning och andningsfrekvens, redan 8-24 timmar innan hjärtstoppet. Trots att bra vård ges kan det ändå leda till hjärtstillestånd, intensivvård och plötslig död. En stor anledning har omfattat för få mätningar av dessa viktiga parametrar, otillräcklig kunskap om deras prediktiva värden och

otillräcklig användning av akut-team. Detta påstår Bunkenborg, Samuelsson, Åkesson och Poulsen (2012) i sin studie som gjordes i Danmark där de visar på vikten av att som sjuksköterska ha kunskaper i att identifiera ett hjärtstopp i ett tidigt skede med hjälp av att flera gånger om dagen mäta vitala parametrar. Dessa skilde sig avsevärt på sjukhusen beroende på sjuksköterskornas varierade kunskaper, erfarenheter och professionalism.

I Sverige har det ändå trots möjligheten att förebygga hjärtstopp redovisats höga siffror på antalet drabbade i landet. Under tidsperioden 1990-2013 redovisade Svenska hjärt-lungregistret att 71 871 patienter har upplevt plötsligt hjärtstopp utanför sjukhus där man vidtagit livräddande insatser. År 2013 redovisades 5210 fall av hjärtstopp utanför sjukhus varav 1200 räddades till livet vilket visar på en överlevnad på 23 %. Den 12 juli 2014 fanns det totalt 15 956 fall per år av hjärtstopp på sjukhus rapporterade till registret. En stor andel av de personer som dör på grund av hjärtsjukdom avlider redan före ankomst till sjukhus på grund av ett hjärtstopp. De personer som har akut hjärtsjukdom och kommer levande till sjukhuset blir bemötta av professionell vårdpersonal med stor kunskap och erfarenhet av hur man ska reducera dödsfall. Över 50 % av dessa patienter hade kunnat räddas om adekvat utrustning och personal hade funnits på platsen när det hände, detta eftersom chansen att överleva minskar för varje minut. Redan fem minuter efter hjärtstoppet börjar kroppen ta skada orsakad av syrebristen. Efter cirka femton minuter är döden nästan oundviklig oberoende av vilka räddningsinsatser som sätts in. Att ge elstötar genom hjärtat med en defibrillator är den viktigaste behandlingen för flertalet av patienterna. Detta kan göra så att hjärtat kommer in i en rytm och slår normalt igen. I Sverige har det nästan totalt saknats kunskap om denna stora patientgrupp då det gäller personliga karakteristika, plats för hjärtstopp, vilken form av omhändertagande de får vid sitt hjärtstopp och framför allt vilka effekter som fås av omvårdnaden (Socialstyrelsen, 2015).

Tillbaka till livet

Översiktlig forskning enligt Drager (2012) visar att ny teknik vid HLR där endast bröstkompressioner används förbättrar patienters överlevnad och mildrar de neurologiska skadorna vid hjärtstopp. Det visade sig nämligen i vissa fall att halva tiden vid återupplivningsförsöket användes till bland annat förberedelser av defibrillatorn.

Indikationer finns även på att personer som finns på plats när det inträffar ett hjärtstopp kan i allmänhet bli mer benägna att hjälpa till när de endast gör kompressionerna utan inblåsningar.

Om patienten fortfarande är medvetslös efter ett hävt hjärtstopp kan hypotermi behandling ges. Vid denna behandling sänks kroppstemperaturen till 32-34 grader. Skadeverkningarna efter cirkulationsstoppet, i första hand på hjärnan, skall kunna begränsas med denna behandling. Detta kräver att patienten sövs ned och får respiratorvård (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2006). Patienter som överlevt och har risk för nya hjärtstopp får oftast en ICD (Intern Defibrillator), som är en liten apparat som opereras in i anslutning till hjärtat. Denna övervakar hjärtats rytm kontinuerligt och kan återstarta hjärtat (SBU, 2009).

Vad händer sedan?

Cirkulationsstoppet leder till att hjärnan blir utan blodförsörjning och kan då skadas av syrebristen, vilket enligt Moulaert et al. (2011) kan leda till bland annat kognitiv nedsättning. Sådana skador är något som påverkar personens liv, såväl sociala och dagliga aktiviteter som livskvalitet, trots att det ofta är ett osynligt tillstånd. Vanliga kognitiva svårigheter är minnesförlust, problem med exekutiva funktioner och uppmärksamhets störningar hos patienter som överlevt hjärtstopp utanför sjukhuset. Enligt Wachelder et al. (2009) får många bestående psykiska problem, och det förekommer även upplevelser av svår trötthet samt känslor av depression och ångest hos patienterna, vilket gör att de kan ha svårt att fungera som tidigare i samhället. Även Perski och Osika (2012) beskriver vanliga reaktioner som kan uppkomma när existensen hotats och tryggheten och det vanliga sammanhanget oväntat dragits undan. Det kan vara chock, rädsla, sorg och olika psykologiska skyddsmekanismer, till exempel förnekande av händelsen eller regression. Vissa kan använda sina erfarenheter till något positivt och få ökad livskvalitet, kanske genom en hälsosammare livsstil eller ökad upplevelse av kärlek och glädje över att få leva.

Enligt Clements och Stenerson (2004) har sjuksköterskan en viktig roll när det gäller det emotionella stödet och vägledningen för de patienter som överlever hjärtstopp. Förutom att

föreslå lämplig behandling, kan sjuksköterskan stödja patienten till att starta med psykoterapi kombinerat med stödgrupper. En bra insats är även psykosocial terapi i sjuksköterskans kliniska arbete med patienterna och deras närstående. Detta styrks av Kadda, Marvaki och Panagiotakos (2012) som menar att sjuksköterskor utgör en stor del av hälso- och sjukvården inom rehabilitering efter hjärtstopp eftersom de är nära patienterna och deras familjer under hela processen av sjukdomen. Det är även av stor betydelse för sjuksköterskor att möta behoven av rehabilitering hos patienter genom utbildning, stöd, övervakning och förstärkning. Omvårdnadsutbildning inom hjärtrehabilitering kan förbättra hälsoresultat och minska risken för en ny hjärthändelse. Ett utbildningsprogram om hälsa som anordnas av sjuksköterskor för patienter efter en hjärthändelse eller kirurgi förbättrar patienternas kunskap om sin sjukdom och medvetenhet om beteendeförändringar för att förhindra en ny händelse eller återinläggning på sjukhus. Även Fridlund (2002), beskriver sjuksköterskans roll i genomförandet av en effektiv hjärtrehabilitering, vilken kan sammanfattas under fyra punkter utifrån ett helhetsperspektiv; (1) att beskriva vilka risk- och friskfaktorer som sjukdom och hälsa kan påverka eller utlösa, (2) att förstå patienten i samband med ett tidsperspektiv och söka efter den "perfekta dagen" för att påverka och motivera en livsstilförändring, samt att stödja upprätthållandet av en sund livsstil med hjälp av livslång uppföljning; (3) tolka patienten från en livslängds perspektiv som omfattar biofysiska, intellektuella, emotionella, existentiella och sociokulturella dimensioner av människan, och sist men inte minst, (4) känna till och förstå sig själv som en sjuksköterska från ett personligt perspektiv både som individ och som en professionell sådan.

Teoretisk anknytning

Joyce Travelbees teori gavs ut i bokform första gången 1966, men upplevs på många sätt även aktuell idag. Hon uttryckte en människosyn som tog avstånd från uppdelning i kategorier såsom "sjuksköterska" och "patient", och hon ansåg det viktigt att sjuka människor bemöttes och sågs som individer och inte endast som ett sjukdomstillstånd. Travelbees definition av omvårdnad lyder:

“Omvårdnad är en mellanmänsklig process där den professionella sjuksköterskan hjälper en individ, en familj eller ett samhälle med att förebygga eller bemästra erfarenhet av sjukdom och lidande och om möjligt finna mening i dessa erfarenheter.” (Travelbee 1966/2001, s.29)

Från lidande till hopp

Följande begrepp ur Travelbees teori har använts i uppsatsen:

Lidande är enligt Travelbee (1966/2001) en känsla som omfattar allt ifrån ett flyktigt passerande, fysiskt, psykiskt eller andligt obehag, till uttalad ångest och plåga. Denna känsla kan uppkomma när individen stöter på olika former av problem som upplevs som plågsamma. Lidandet hör oupplösligt samman med det mänskliga livet. Förr eller senare kommer alla i varierande grad att råka ut för svåra händelser, som i de flesta fall inte går att undvika eller att förutse (s.98-99). Det som orsakar lidandet kan vara sjukdom, fysisk/psykisk smärta, men även verkliga eller upplevda angrepp mot stolthet, självrespekt och integritet alternativt när individen känner sig utestängd från andra (s.101).

Människan som individ är både svår och enkel att definiera. Denna individ är en existens med förmåga att uppleva andra, men som aldrig fullständigt kan begripa sig på en annan människa (Travelbee 1966/2001, s.54). Hon kan förmedla sin alldeles egna personlighet till andra, men kommer ändå att ha en gåtfull, unik och väl dold kärna i sitt innersta (s.54-55). Sjuksköterskans uppfattning av den mänskliga naturen kommer att djupt inverka på hennes syn på liv och död, hälsa och sjukdom, och kommer också att avgöra hur sjuksköterskan värdesätter de enskilda individer som hon har framför sig (s.53).

Kommunikation är en process för att förmedla känslor och tankar mellan människor, samt är en upplevelse som kan delas. Kommunikation är även en kraft som kan verka på djupet mellan människor i omvårdnadssituationer, och som kan användas till att hjälpa eller såra, stöta bort andra eller förflytta dem närmare. Sjuksköterskans grundläggande avsikter och människosyn blir alltid överfört i omvårdnadssituationen. I de fall där vederbörande saknar intresse för sjuka människor, kommer denna brist på intresse att förmedlas till patienten oavsett vad som uttrycks i ord, och den sjuke kommer att reagera och svara på detta (Travelbee 1966/2001, s.137).

Interaktion omfattar enligt Travelbee (1966/2001, s.171) varje kontakt mellan två individer som samspelar och påverkar varandra genom verbal och icke verbal kommunikation. Det är den professionella sjuksköterskans uppdrag att etablera ett "människa till människa-förhållande" med den som hon vårdar. Utmärkande för en sådan mellanmänsklig relation är att sjuksköterskan och den som är sjuk ser och förhåller sig till varandra som unika individer och inte som sjuksköterska och patient.

Mening kan finnas i lidandet genom att göra livet rikare och tillföra något. Men det som upplevs genom lidandet kan även orsaka en känsla av meningslöshet (Travelbee 1966/2001, s.102). Det är en svår men nödvändig uppgift för sjuksköterskan att hjälpa familjer och enskilda individer att klara av och även om möjligt att uppleva meningen med svåra erfarenheter av en sjukdom (s.37).

Hopp är ytterligare ett viktigt begrepp, vilket beskrivs av Travelbee (1966/2001) som ett mentalt tillstånd som kännetecknas av att vilja nå fram till ett efterlängtat mål, kombinerat med förväntningar om att det som önskas finns inom möjliga gränser. Den som upplever hopp, tror att om förväntningarna infrias kommer livet att på ett eller annat sätt ändras till det bättre och ge mer glädje och meningsfullhet. Men sannolikheten för att det sker kan vara större eller mindre för den som hoppas. Vid sådana tillfällen kan själva processen av hopp vara verkningsfull, även om personens mål är orealistiska och antagligen ouppnåeliga. Ett grundläggande antagande är: "*Den professionella sjuksköterskans roll är att hjälpa sjuka människor till att uppleva hopp för att kunna bemästra sjukdom och lidande.*" (a.a.s.117)

Vissa av ovanstående begrepp känns igen i en studie av Bremer, Dahlberg och Sandman (2009) som beskriver att uppvaknandet från medvetslöshet efter hjärtstopp sker i en värld av förvirring och osäkerhet. Endast fragment av händelsen är uppenbar. Funderingar om det som har inträffat infinner sig. Ett sådant uppvaknande innebär förlust av kontroll, inkonsekvens och en känsla av utsatthet. När man återfått medvetandet blir också tankar på världen uppenbar och funderingar på vardagliga problem uppstår. Minnesluckan efter ett hjärtstopp gör det svårt att placera händelserna i tid. En växande förståelse om det inträffade

kan vara chockerande, plågsam och utan ett omfattande svar. Den egna kroppen och livets sårbarhet framträder liksom osäkerhet och begränsningar. Rädsla och osäkerhet varierar i tid, rum och sammanhang samtidigt som en tacksamhet och glädje över att få fortsätta att leva finns. Existentiella frågor och funderingar medför *lidande* när livets *mening* är dold eller förlorad. Ängest och skuld uppstår, med fokus på hur döden eller kroppsliga begränsningar kommer att påverka livet. Att återgå till vardagen är en tur mot ett förändrat liv med nya egenskaper där välbefinnande och mening framkommer genom värdefulla *mänskliga relationer*. Välbefinnande och lidande får en ny mening och ett nytt sammanhang i vardagen.

Problemformulering

Omvårdnad av god kvalitet, hur ser den ut och hur upplevs den av patienterna som har genomgått hjärtstopp? Hur ska vi som blivande sjuksköterskor bemöta patienter som har upplevt ett hjärtstopp och nå fram till patienten på bästa sätt? Vad är viktigt för dessa patienter när det gäller ett fortsatt liv med bästa möjliga livskvalité? Dessa frågor vill vi finna ett svar på. Att inte bara vårda "mekaniskt" utan att reflektera över vad som är det mest specifika för just överlevare efter hjärtstopp. Kring detta behövs mera kunskaper i den kliniska omvårdnaden. För att bli bättre sjuksköterskor och bedriva en god omvårdnad hela vägen från sjukhussängen ut i vardagliga livet behövs det äkta förståelse som grundar sig i patienternas verklighet.

Syfte

Syftet var att belysa patienters upplevelser av omvårdnad efter hjärtstopp.

Metod

Design

En allmän litteraturöversikt har genomförts enligt inspiration av Friberg (2012, s.133). Detta innebar att författarna undersökte vilken kunskap och forskning som redan fanns inom ämnet, samt skapade en översiktlig sammanställning över denna forskning med hjälp av

kvalitativa vetenskapliga artiklar. Denna metod föreföll lämplig att använda då området för problemet relaterade till verksamheter där sjuksköterskor arbetar och verkar

Inklusionskriterier

I detta arbete inkluderades artiklar som innehöll patienters upplevelser av omvårdnad från sjuksköterskor och annan vårdpersonal efter hjärtstopp, inom och utanför sjukhuset. Samma sak gjordes även med artiklar vars innehåll passade till analysinstrumentet, det vill säga något eller några av Joyce Travelbees begrepp *lidande, människan som individ, kommunikation, interaktion, mening och/eller hopp*.

Exklusionskriterier

De artiklar som handlade om hypotermibehandling. Artiklar som innehöll både hjärtstoppspatienter och andra hjärtåkommor där det inte framgick med tydlighet att det var de som haft hjärtstopp som hade uttalat sig. Artiklar utan etiskt resonemang eller godkännande.

Litteratursökning

Till en början identifierades problemområdet. Därefter har artiklar sökts i databaserna Cinahl och Pubmed för undersöka forskningsläget övergripande för syftet. Dessa databaser användes på grundval av att de innehåller vetenskapliga artiklar med omvårdnadsperspektiv som handlar om vård av människor. En grundläggande sökning enligt Friberg (2012, s 59) utfördes för att se hur den övergripande tillgången på vetenskap i ämnet såg ut.

Dessa första sökord som passade till valt ämne och syfte var i Cinahl: *cardiac arrest, patients experiences*, samt i Pubmed mesh-termerna *heart arrest* och *nursing* (Bilaga 1). I nästa steg sökte vi mer ingående med sökord som grundade sig i problemformuleringen och genererade de träffar som ledde till resultatet (Bilaga 2 och 3). Asterisk (*) användes för att få med ordens olika ändelser och böjningsformer (trunkering). De flesta sökningar utfördes som fritextsökningar och bands samman med sökoperatoren "AND". Sökningar utfördes

även i databasen Psychinfo, dock utan att finna några artiklar som inte redan tidigare hade framkommit. Bilaga 4 visar översikt över inkluderade artiklar. Sökningar som inte genererade några relevanta träffar redovisas i bilaga 5.

Urval

Först lästes titeln i varje artikel, sedan abstract. Om dessa var relevanta lästes resultatet noggrant för att se om det var passande till syftet. Huvudresultatet skulle presentera något om patienters upplevelser av omvårdnad efter hjärtstopp där sjuksköterskan omvårdnad skulle vara i fokus. Då endast sex artiklar hittades inkluderades därefter övrig vårdpersonal i sökkriterierna. Detta resulterade då i att ytterligare fyra artiklar tillkom. Samtliga lästes igenom flera gånger av båda författarna för att få en helhet och känsla för vad de handlade om. Kontroll av dessa artiklars vetenskapliga kvalitet utfördes med hjälp av granskningsmall modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtchevani (2011) (Bilaga 6). De artiklar som bedömdes till en kvalitet motsvarande medel eller hög inkluderades i resultatet. Det slutliga resultatet blev tio artiklar, nio kvalitativa samt en med mixad metod. När det gäller artikeln med mixad metod togs endast resultat med från artikelns kvalitativa del. Av den anledningen användes samma granskningsmall till samtliga artiklar. Efter att huvudresultaten i varje artikel identifierats, jämförts mot syftet och plockats ut till ett separat dokument, granskades resultaten återigen för att se om koppling fanns till något/några av Travelbees omvårdnadsbegrepp.

Analys

Resultaten analyserades utifrån sex utvalda begrepp ur Travelbees omvårdnadsteori. Begreppen utifrån hennes synsätt i omvårdnad återfanns en eller flera gånger i samtliga artiklar. Analysen resulterade i att alla sex begrepp ur omvårdnadsteorin kunde användas som huvudteman i resultatet (Tabell 1). I analysen togs relevanta delar ur resultatet och placerades in under passande tema. Därefter gjordes en noggrannare analys av de relevanta delarna och nyckelord till varje del framkom för att få en översikt över vad varje tema delgav. Skillnader och likheter visade sig. Därefter analyserades varje del under temat för att åter igen se om denna passade in under något av övriga teman. . Omvårdnadsteorin har

använts genom uppsatsens alla delar, i bakgrund, som analysinstrument, i resultatets uppbyggnad, samt för avslutande diskussion.

Etiska överväganden

Lagen säger att vetenskapens och samhällets behov inte får gå före mänskliga rättigheter, välfärd och grundläggande friheter. Samtidigt ska respekt visas för utvecklingen av ny kunskap som kan ske via forskning. *“Forskning får godkännas bara om de risker som den kan medföra för forskningspersoners hälsa, säkerhet och personliga integritet uppvägs av dess vetenskapliga värde”* (SFS, 2003:460)

I denna litteraturstudie har vetenskapliga artiklar som har ett etiskt resonemang eller godkännande av etisk kommitté använts. Författarna har reflekterat över den förförståelse som oundvikligen kommer av att båda har arbetat i sjukvården.

Resultat

I Joyce Travelbees omvårdnadsteori står hennes viktigaste begrepp i omvårdnaden beskriven. Tio artiklar presenteras i tabell som visar hur sex av dessa har använts som analysinstrument i granskningen av artiklarna (se tabell 1). Vi har utgått från begreppen *lidande, människa som individ, kommunikation, interaktion, mening* och *hopp* som sedan har blivit teman i resultatet. Under dessa teman har vi även valt att visa olika citat från artiklarna i löpande text. Artiklar som användes i resultat har markerats med en asterisk (*) i referenslistan.

Tabell 1. Översikt av analys genom Joyce Travelbees omvårdnadsbegrepp.

	Lidande	Människa som individ	Kommunikation	Interaktion	Mening	Hopp
Dobson et al (1971)	x	x	x			
Dougerty et al (2000)	x		x			x
Flemme et al (2011)	x				x	
Forslund et al (2013)					x	
Forslund et al (2014)	x		x	x	x	x
Kamphuis et al (2004)	x		x			
Ketilsdottir et al (2013)	x		x	x	x	
Lau et al(2011)	x		x			x
Palacios-Cena et al (2011)	x	x		x		
Uren & Galdas (2014)	x	x	x	x	x	x

Lidande

I flera studier upplevde många patienter begränsad kontakt med vårdpersonalen och att de inte informerades om det som var viktigt och relevant vilket skapade onödigt lidande då många ansåg att personalens tidsbrist låg bakom (Dobson et al., 1971; Kamphuis et al., 2004; Lau et al., 2010; Uren & Galdas, 2014). Flera av deltagarna önskade en större tydlighet av vårdpersonalen när de gällde vad de kunde och inte kunde göra. Osäkerheten gav upphov till frustration (Uren & Galdas, 2014).

Enligt Lau et al. (2010) upplevde en deltagare det negativa i att få förklarat för sig hur mycket dåliga saker de hade att vänta sig. Dessutom hade de en känsla av att det som verkligen var relevant och viktigt för dem aldrig togs upp. Som till exempel de känslomässiga svängningar från glädje till djup depression som många hamnar i efter hjärtstopp. I Dobson, Tattersfield, Adler och McNicol (1971) studie infann sig lidande då tolv patienter påpekade att de aldrig fick de diskussioner de så väl hade behövt med vårdpersonal för att minska den ångest de upplevde och vissa av dem påpekade att det bara hade varit till hjälp när de var på väg att återhämta sig. De ansåg att samtal hade minskat deras ångest avsevärt medan två andra patienter påpekade att prata om hjärtstoppet bara hade ökat deras ångest än mer.

De som överlevt ett hjärtstopp upplevde dåligt stöd från vårdpersonal då det gällde existentiella frågor. De fick leva med osäkerheten om sin framtid menar Flemme, Hallberg, Johansson och Strömberg (2011) i sin studie. Deltagarna i en studie av Forslund, Zingmark, Jansson, Lundblad och Söderberg (2014) oroade sig för sådant som de gjort eller sagt i samband med hjärtstoppet. De upplevde en avsaknad av minnen från händelsen och hade behov av berättelser från de som varit på plats. Att känna sig påtvingad livslång medicinering var en mycket svår upplevelse för dessa patienter. Även enligt Palacios-Cena, Losa-Iglesias, Salvadores-Fuentes och Fernandez-de-las-Penas (2011) kände sig patienter eftersatta av vården. De upplevde ensamhet och utanförskap efter utskrivningen från sjukhuset, då kontakten avbröts med den personal som vårdat dem. En ytterligare aspekt på bristande kontakt uttrycks i en studie av Kamphuis et al. (2004) där patienter beskriver att en begränsad kontakt med vårdpersonal på grund av tidsfaktorn under sjukhusvistelsen. Detta ändrade sig inte vid besöken hos öppenvården efteråt. Tiden upplevdes som knapp för samtal som inte enbart handlade om de nödvändiga fysiska hälsokontrollerna och avläsning av ICD samt hjärtfunktioner. Det var ICD-bärarens upplevelse att nästan ingen uppmärksamhet ägnades åt frågor och/eller problem som de hade, speciellt frågor om sexualitet, dödlighet, biverkningar av mediciner, trötthet och känslor av depression. Dessa ämnen upplevdes svåra för patienterna att själva ta upp. I en studie av Dougherty, Pyper och Benoliel (2004) uttryckte patienterna besvär med dåligt minne och att vårdpersonalen inte verkade förstå detta. Uren och Galdas (2014) menar att depression och nedstämdhet

upplevdes av många män under sjukhustiden och vissa män talade också om sina besvär med att uttrycka känslor till vänner, familj och i synnerhet vårdpersonalen. Men även kvinnor mådde dåligt enligt Palacios-Cena et al. (2011) som beskriver att kvinnliga deltagare samstämmigt hävdade att sjuksköterskan aldrig tog upp frågan om familjeplanering, om huruvida det var lämpligt att skaffa barn eller inte efter hjärtstoppet. Dessa kvinnor kände sig inte hela. Hjärtstoppet "hängde över dem" och hindrade dem från att genomföra andra planer som till exempel skaffa familj.

I Dougherty et al. (2000) förekom ängslan bland patienter över att inte känna sig bekväma i att ställa frågor om känsliga ämnen till vårdpersonal. De var även rädda för att inte få hjälp i tid om något oförutsett skulle hända.

Människan som individ

Det finns skilda behov av att ta upp och prata om svåra saker med vårdpersonalen beroende på olikheter hos individer (Dobson et al., 1971; Uren & Galdas, 2014). Skillnader mellan män och kvinnor som grupp när det gäller upplevelser av omvårdnad har visat sig i två studier (Palacios-Cena et al., 2011; Uren & Galdas, 2014). Enligt Uren och Galdas (2014) finns det ökande bevis för att manliga könsidentiteter spelar en central roll när det gäller erfarenheter av återhämtning och vård efter plötsligt hjärtstopp. Perioden närmast efter hjärtstoppet upplevde nämligen manliga patienter att de behövde stöd av sina fruar för att kunna träffa och tala med vårdpersonal. De ville också ha mera stöttning av sjukvården efter sin rehabilitering. Sjuksköterskor skulle därför ha stor nytta av att ta hänsyn till den potentiella inverkan av manliga könsidentiteter på män som återhämtat sig efter plötsligt hjärtstopp, i de fall där manliga ideal förkroppsligas av självtillit, styrka och förnekande av svaghet. När det gäller kvinnors bekymmer tas det upp i en annan studie av Palacios-Cena et al. (2011) att kvinnorna kände att de bara levde till hälften då de tyckte att hjärtstoppet hindrade dem från att skaffa familj och barn, och det var det som de önskade att sjuksköterskan skulle ta upp och prata om.

Individuella olikheter framkom också i enlighet med Dobson et al. (1971), där sex av tjugo patienter kunde minnas början och slutet av hjärtstoppet och fem stycken kom särskilt ihåg hjärtkompressionerna. Känslor av ångest och attityder beskrevs hos patienterna efteråt och

tolv av dessa påpekade att om de hade fått prata med vårdpersonal om händelsen efteråt hade detta minskat den ångest de upplevde efter händelsen. Två patienter kände att det bara skulle skapa mer ångest att prata om det.

Kommunikation

Otillräcklig information och missnöje med kommunikationen upplevdes av deltagare i flera studier (Dougherty et al., 2000; Kamphuis et al., 2004; Ketilsdottir et al., 2013; Lau et al., 2010; Uren och Galdas, 2014). Enligt Ketilsdottir, Albertsdottir, Akadottir, Gunnarsdottir och Jonsdottir (2013) upplevde patienter att de saknade bekräftelse på att de återhämtade sig som väntat och i en studie av Uren och Galdas (2014) kände sig deltagarna osäkra på vad som var lämpligt eller olämpligt att göra. De upplevde missnöje och frustration över att sjukvården inte gett dem tydligare riktlinjer kring detta. Ett antal kände sig obekväma inför vårdpersonalen när det gällde att visa eller tala om vad de kände. Att få kommunicera med professionell vårdpersonal var en viktig del hos patienter för att få information utifrån sina erfarenheter visar en studie av Ketilsdottir et al. (2013). Även patienter i Kamphuis et al. (2004) studie upplevde både under sjukhusvistelsen och efteråt i öppenvården att det inte fanns tid till att kommunicera med vårdpersonal annat än att det gällde det nödvändiga fysiska. Ketilsdottir et al. (2013) beskriver i sin studie att ett behov av ökat stöd genom samtal om det som var svårt verkade finnas även efter rehabilitering hos patienter. Enligt Lau et al. (2010) beskrevs patienters upplevelser av hur närstående hade fått information om patientens tillstånd. I vissa fall beskrev patienter att de vid samma tillfälle av olika vårdpersonal hade erhållit mycket motstridiga uttalanden, både positiva och negativa, angående sitt tillstånd. Även upplevelser av otillräcklig eller total avsaknad av information framkom. I samma studie uttalade dessutom en av deltagarna att han upplevde det som fel av vårdpersonalen att tidigt förutsäga vilka negativa följder de skulle få av hjärtstoppet och en uttryckte:

“They described a lot of negative effects, but one negative effect that I experienced, they did not describe. If you talk to many SCA survivors, you will hear this almost universally. SCA survivors go through terrible emotional ups and downs. They could almost be described as manic depressives. That is, you are very happy you survived, but at some other period, you might be in deep melancholy.” (Lau et al., 2010 s.984)

I en studie av Dobson et al. (1971) beskrivs det att några patienter till att börja med inte varit medvetna om att de haft ett hjärtstopp. Hur de hade fått kännedom om detta varierade, antingen hade de under sjukhusvistelsen själva gradvis förstått detta, eller så hade de fått information av vårdpersonalen. Samt i vissa fall genom att de råkade höra det från någon närstående eller vårdpersonal.

Enligt Dougherty et al. (2000) upplevde patienter oro över att de hade brist på information om sin förebyggande vård kring ICD och ibland hade de svårigheter att hålla isär all information.

“They said, “do this, don’t do that” Can’t keep it straight..” (Dougherty et al., 2000 s.83)

Flera patienter kände sig också oroliga över vissa områden som aktiviteter i det vardagliga livet, förebyggande vård, vårdgivare, fysiska förändringar, känslomässiga utmaningar, parrelation och att handskas med ICD då de tyckte att kommunikation och information gällande dessa områden kunde utvecklas och utformas av vårdgivare på ett bättre sätt (Dougherty et al., 2000).

“They seem to get fixated on this box and forget it’s me too.” (Dougherty et al., 2000 s.83)

Enligt Forslund et al. (2014) tyckte patienten att det var viktigt att få information om det som hade hänt, och att det berättades om och om igen. Patienterna uttryckte bekymmer om vad de gjort eller sagt under tiden före och efter hjärtstoppet. Det upplevdes som viktigt att fylla i minnesluckan och det var betydelsefullt för dem att de som verkligen varit närvarande vid hjärtstoppet var de som återberättade händelseförloppet. Enligt Dougherty et al. (2000) tyckte patienterna att personalen på sjukhuset varit hjälpsamma och gett information, dock med vissa brister. En patient sa:

“They give me information, but not enough. They made a beautiful presentation to my family, but not to me.” (Dougherty et al., 2000 s.83)

De kände inte igen vårdpersonalen från ena dagen till den andra, och att få kontakt med dem upplevdes som svårt. Patienterna beskrev vikten av att få träffa kunnig personal som var insatta i deras fall. Vidare upplevdes det att sjuksköterskan och annan vårdpersonal ibland sa olika saker så patienten visste inte vem de skulle lyssna på (Dougherty et al., 2000).

I en studie av Uren och Galdas (2014) uttrycker män som mottagit rehabilitering ett behov av mera stöd från sjukvården. Män talade också om att de var beroende av sin partner för att få hjälp att komma till "vårdmöten". Detta var särskilt under perioden omedelbart efter hjärtstoppet när deras fruar fick prata om mediciner och ta ansvar för att uttrycka sin partners behov till vårdpersonalen.

Interaktion

Enligt Palacios-Cena et al. (2011) beskrivs känslor av ensamhet och främlingskap hos patienterna efter utskrivning från sjukhuset. Deras interaktion med vårdpersonalen som behandlat dem upphörde i och med att de åkte hem. De följdes inte upp av samma team och kände sig försummade av vården.

"They saved my life! How about that? They saved my life!...I am so grateful to them and I can't even continue seeing them...I feel like a number, like they just did their job [imagine!], they just seized you from the very clutches of death and, next thing you know, you are sent packing home." (Palacios-Cena et al., 2011 s.152)

De var medvetna om att ett sätt att träffa sin vårdare igen var kliniska komplikationer eller ett nytt hjärtstopp:

"I was tempted to fake it a little bit, you know? At least that would keep me 3 h in observation in the emergency room (ED)." (Palacios-Cena et al., 2011 s.152)

Patienterna förklarade att sjuksköterskorna inte gav dem några strategier för att hantera osäkerheten om hotande död. Att undvika detta ämne orsakade ångest. De ansåg att det var sjuksköterskans arbete att diskutera frågor om döden med dem, för de hade ingen annan att göra det med. (Palacios-Cena et al., 2011)

De visade sig i Uren och Galdas (2014) studie att när frågan kom om psykologisk rådgivning, socialt stöd eller kamrat-grupper fanns en tydlig ovilja bland män att delta. Vissa män erkände detta som ett uttryck för sin egen "manliga stolta identitet". Enligt samma studie var det dock inte alla män som avböjde att vara med i rehabiliteringsprogram. En man hade deltagit i flera rehabiliteringsprogram och talade positivt om förmånen. Tydligt i hans berättelser var en känsla av att ha kontroll och att ha ansvar för sin egen återhämtning. Vissa deltagare kände sig obekväma med att uttrycka känslor, i synnerhet när det gällde till vårdpersonalen. Vid perioden strax efter hjärtstoppet hände det att männen lämnade över kontakten med sjukvården till sina fruar.

Att tala med andra om sina upplevelser och få vägledning av professionell vårdpersonal var enligt Ketilsdottir et al. (2013) viktigt för deltagarna. Ett förslag från en deltagare var att sjuksköterskan kunde ringa senare och bestämma tid för ett möte för att kontrollera personens mående. Detta för att det var svårt att vid utskrivningen klara av något annat än att åka därifrån med en läkemedelslista. Enligt Forslund et al. (2014) kunde ett besök av den vårdpersonal som utfört livräddningen skänka glädje till den drabbade.

Mening

Vissa patienter upplevde det meningsfullt att fortsätta leva sina liv när de tänkte på de sjuksköterskor och andra som verkligen satsat hårt på att ta dem tillbaka från döden (Ketilsdottir et al., 2013). Patienter i en studie av Forslund et al. (2014) kände sig säkra på att de fått all tänkbar hjälp som fanns att få av vårdpersonalen. De gav uttryck för sin lycka och uppskattning av besök från sina livräddare, och för den godhet som vårdpersonalen visat dem. I en studie av Forslund, Lundblad, Jansson, Zingmark och Söderberg (2013) beskriver en patient ett möte med en sjuksköterska som bekräftade hans upplevelse av mening med det som inträffat, eftersom hjärtstoppet hade fått honom att lämna ett stressigt arbete bakom sig.

Hälsokontroller efter utskrivningen gav enligt Ketilsdottir et al. (2013) en känsla av trygghet och stöd. Ytterligare exempel på eftervård som varit bra för uppbyggande av hälsa och självmedvetande var hjärtrehabilitering, enligt deltagarna i en studie av Uren och Galdas (2014). Ur en mer negativ synvinkel menar överlevande efter hjärtstopp enligt Flemme et al.

(2011) att de inte hade fått tillräckligt med stöd från vårdpersonalen gällande existentiella angelägenheter. Men att de kapitulerade för detta faktum och levde i ovisshet om hur tillvaron skulle bli. En kvinna på 44 år uttryckte:

“On the other hand, I think that an appointment is set up to speak with a counselor for an hour or so before you’re discharged from the hospital. If you don’t want to go, you don’t have to. It’s important to feel that there is an interest in that part of one’s life too. At the hospital they didn’t even put me on sick-leave even though I’d had a cardiac arrest. I had to do that myself. I had to go to my GP here.” (Flemme et al., 2011 s.424)

Hopp

I flera studier upplevde patienter en positiv kontakt med vårdpersonalen vilket kunde ge känslor av hopp och trygghet (Dougherty, 2000; Forslund, 2014). Enligt Forslund et al. (2014) var deltagarna tacksamma för vårdpersonalens vänlighet och trodde att allt som var möjligt hade gjorts för dem, de uttryckte glädje över att människor som utfört livräddningen kom och hälsade på för att se hur de mårde. Uren och Galdas (2014) menar att rehabilitering efter hjärtstopp upplevdes som stärkande för självtillit och återhämtning, medan Dougherty et al. (2000) visar exempel på upplevelser av positiv kontakt med sjuksköterskan som patienter uttryckte:

“They came to my bed, sat down, and explained everything. They knew I was scared and took time to help me get over it.” (Dougherty et al., 2000 s.83)

“I wanted someone to tell me that I would be okay. That got me through the moment.” (Dougherty et al., 2000 s.83)

Mindre positiva erfarenheter från kontakt med vårdpersonal hade däremot deltagare i en studie av Lau et al. (2010). De upplevde tidigt efter hjärtstoppet felaktiga och negativa uttalanden:

“They expected me to have [negative effects] and did not expect me to come out normal.” (Lau et al., 2010 s.984)

Diskussion

Metoddiskussion

Utgångspunkten genom hela litteraturstudien har varit omvårdnad. Den allmänna och specifika omvårdnaden. Nyfikenheten på hur patienter hittills har upplevt omvårdnaden efter ett hjärtstopp väcktes än mer av insikten att detta ämne inte var så beforskat. Efter att ha sökt artiklar i databaserna Pubmed, Psychinfo och Cinahl och endast funnit 6 artiklar fick diskussion påbörjas hur vi skulle gå vidare för att kunna finna fler artiklar för det valda ämnet. Förutom den inledande utmaningen att finna tillräckligt antal artiklar som besvarade syftet, var det svårt att finna specifikt "sjuksköterskan" i artiklar varför övrig "vårdpersonal" inkluderades i kriterierna för att göra det möjligt att få ihop de antal artiklar som behövdes för att få ett tillförlitligt resultat. Detta kan ses som en svaghet då vi på grund av detta inte fångat hela sanningen. Författarna vill ändå framhålla att då sjuksköterskan är en del i ett team vilket ständigt samverkar för patientens bästa upplevs det som relevant att även andra yrkesgrupper ingår i denna uppsats. Artiklar där flera hjärtåkommor förekom valdes också men endast de som specifikt innehöll åsikter från hjärtstoppspatienter om deras upplevelser av omvårdnad. I sökningarna gjordes inga begränsningar förutom "peer reviewed" då det annars hade resulterat i ännu färre artiklar. Hjärtstopp både inom- och utanför sjukhus inkluderades för att få ett bredare resultat. Inga begränsningar lades heller på kön, ålder och studiernas årtal, dock har dessa i huvudsak hållits inom de senaste 15 åren, endast en äldre artikel förekommer. För att få en bild som tydliggör människors upplevda erfarenheter av olika aspekter av omvårdnaden användes i huvudsak sökordet "experiences" vilket resulterade i flest kvalitativa artiklar i dessa sökningar. Att använda kvalitativa artiklar var också av den anledningen att de visar på människans upplevda erfarenheter. Kvantitativa artiklar gav inte de perspektiv på upplevelser som vi sökte. Sökningarna resulterade slutligen i totalt tio artiklar och dessa återfanns i Cinahl och Pubmed. En styrka har varit att författarna på ett enkelt och naturligt sätt har kunnat granska de artiklar som ansågs relevanta till syftet och kunnat associera dem till valda omvårdnadsbegrepp ur Joyce Travelbees teori, samt använt hennes teori som ett granskningsinstrument. Att använda valda teorin enligt Travelbee i denna uppsats har upplevts som relevant utifrån att en stor del av den behandlar mellanmänskliga relationer, vilket är betydelsefullt i omvårdnaden och

bemötandet av de patienter som tillhör vår målgrupp. En ytterligare anledning till val av teorin var att den har många komponenter som handlar om att ge personer psykiskt stöd och hur viktigt det är med kommunikationer och relationer i vårdsammanhang. Författarna har uppfattat det som en central del i Travelbees teori att medmänsklighet och empati är viktigare i vården snarare än hierarkier och titlar.

Likheter baserades på patienternas upplevelser av omvårdnaden efter hjärtstopp. Patienterna i resultatet skiljde sig åt då vissa bar ICD och andra inte. Patienter som genomgått kylbehandling valdes bort av den anledningen att de baserades i huvudsak på anhörigas upplevelser av behandlingen. I en av studierna av Dobson et al (1971) kunde inte något etiskt resonemang eller godkännande hittas i artikeln. Aktuell tidsskrift, British Medical Journal (BMJ), kontrollerades därför varefter det blev tydligt att denna tidsskrift hade en egen etisk kommitté, samt en policy som innebar att de försäkrar sig om att författarna vars artiklar de publicerade följde Helsingforsdeklarationen (Statens medicinsk-etiska råd [SMER], 1964), samt att de arbetar på ett moraliskt acceptabelt sätt. Valda artiklar var från ett antal olika länder- England, USA, Sverige, Nederländerna, Island och Spanien. Detta kan bidra till ett bredare perspektiv på problemet men även att eventuella olikheter beträffande vårdens organisation, resurser osv. kan påverka omvårdnaden och bemötandet av patienterna. Det råder brist på vetenskap om hur patienter upplever vården efter ett hjärtstopp, därför finns det här en kunskapsbrist och en lucka som är viktig att fylla. Detta kan ses som en styrka med den här uppsatsen då den kan tillföra vården ny viktig kunskap.

Resultatdiskussion

Hjärtstopp är en traumatisk händelse som medför mycket lidande. Studier i resultatet tyder på att detta lidande kan begränsas om sjuksköterskan tar sig tid att samtala med patienten om de problem som finns. Vid uppvaknandet kommer så småningom ångestfyllda och existentiella funderingar hos den drabbade. I detta ögonblick krävs att sjuksköterskan har den kompetens som behövs, och enligt Travelbee (1966/2001, s.135) är kommunikationen en förutsättning för att nå omvårdningsmålet. Detta innebär att hjälpa patienten att finna mening i sin upplevelse och på så sätt bemästra sin sjukdom och sitt lidande. Sjuksköterskan har därmed en viktig roll att vända lidande till hopp efter uppvaknandet då patienten

befinner sig i ett utsatt läge. Verktuget som hon ska ha till hands har framkommit i resultatet som visar ur olika syn vinklar hur patienter upplever omvårdnaden. Beroende på individuella skillnader fanns det olika syn på vad som värderades högst i omvårdnaden och behoven skiljde sig även åt beroende på hur lång tid som gått efter hjärtstoppet. Patientens upplevelser av bra eller dålig kommunikation visade sig dock återkomma genom alla teman i resultatet. En tänkbar orsak till brister i kommunikationen är enligt Travelbee (1966/2001) att det inte anses nödvändigt att de andliga behoven hos patienterna prioriteras. De som uppfattas som de mest effektiva och "duktiga" sjuksköterskorna är de som bara får saker gjorda så snabbt som möjligt, och att det är sådant som belönas och värdesätts av arbetsgivaren (a.a.s.175). Vidare menar hon att tidspressen i arbetslivet kan göra att sjuksköterskan slutar att se det unika i varje patient för att skydda sig själv mot alltför stor stress (a.a.s.65). Hennes syn på detta styrks enligt en studie av Morse, Bottorff, Anderson, O'Brien och Solberg (1992) som belyser att den som ger vård måste ha emotionell insikt och kunna engagera sig i den sjukes lidande för att kunna dela upplevelsen och hjälpa denne på ett meningsfullt sätt. Detta medför dock att sjuksköterskan samtidigt utsätts för känslomässiga påfrestningar som gör att hon behöver skydda sig själv och hitta sina gränser.

Kommunikationen är inte bara viktig under sjukhusvistelsen för patienten utan skall vara en genomgående tråd genom hela vårdprocessen. Vissa kommer att vara beroende av denna kontakt länge, kanske resten av livet då detta skapar en trygghet för många men även hjälper den drabbade till en bättre livskvalité. Även om behovet att prata finns samt att ha denna så viktiga kontakt med vården efteråt, är det många som inte förmår sig att ta den utan överlåter det till sina anhöriga. Familjen upplevs som ett stort stöd och är en viktig del i bemästrandet av vardagen. Det kan därför även vara klokt att ta reda på hur anhöriga upplever situationen hemma med dem som överlevt ett hjärtstopp. Många känner en oro över sin anhörig hur denne ska klara sig i det dagliga livet och i en studie av Dougherty, Pyper och Benoliel (2004) upplevde vårdgivarna att anhöriga till de som överlevt hjärtstopp hade de stressigt. Anhöriga upplevde att kommunikationen med vårdgivare både var till hjälp och inte. För att de skulle känna att den varit till hjälp ville de ha information och svar på sina frågor i tid, samt att vårdpersonal skulle vara tillgänglig under både dagtid och kvällstid. Under akuta nödsituationer förväntades snabba svar. Det blev svårt för den

anhörige om det blev någon miss i kommunikationen då de kunde leda till att olika information från sjuksköterskan och övrig vårdpersonal togs emot. Som familjemedlem finns behov av att veta vad som förväntas i en normal återhämtnings process, vilka tecken som kunde ses om något gick fel och vad man ska göra om patientens ICD skulle gå igång. Efter att patienten skrivs ut är vårdgivaren den enda framkomliga källan till information och stöd för den anhörige. Ibland deltog den överlevande och dess sambo i stödgruppmöten, dessa var dock endast tillgängliga för dem som bor på landsbygden. Att få hjälp att hantera en krissituation efter kontorstid visade sig vara svårt och då fick man som anhörig förlita sig på 112 systemet för att få hjälp. Anhöriga ville ha mer stöd och information från vårdgivare än vad som var tillgängligt.

Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskan ha förmåga att samtala och kommunicera på ett medkännande och hänsynsfullt sätt med patienter, anhöriga, arbetskollaborer och andra. Vidare ska sjuksköterskan kunna ge adekvat information och undervisning både till grupper och individer, vid behov stötta patient/anhörig till delaktighet i behandling och vård, samt kontrollera att budskapet har blivit rätt uppfattat. I de fall då patienter har ett särskilt stort behov av information, eller inte själv kommunicerar behovet av detta, bör sjuksköterskan vara extra uppmärksam (Socialstyrelsen, 2005).

Det hade varit av stor vikt för många som överlevt ett hjärtstopp att få samtala med en sjuksköterska med den kompetensen om sina tankar efteråt. Alltför många i resultatet upplevde en brist i kontakten med sjuksköterskan och övrig vårdpersonal. Hjärt-Lung fonden (2015), menar att beredskap bör finnas för att kunna möta frågor av existentiell karaktär. Ofta dyker funderingar upp i ett senare skede när insikten kommer om vad som verkligen hände. Men Nakano, Mainz och Lomborg (2007), belyser att även vid det akuta skedet på en hjärtavdelning är ordentlig information samt empatisk omvårdnad essentiella ur ett patientperspektiv. I samma studie beskrivs det som stundtals svårt att minnas den information som getts, samt att vårdpersonalens ordval och röstläge spelade en viktig roll för patienterna.

Trots det stora behovet av god kommunikation fanns det även enligt Flanagan, Carroll och Hamilton (2010) tillfällen då patienter vid återbesök för kontroll av ICD, upplevde det som

positivt och avslappnande att sjuksköterskan endast var fakta inriktad och inte fokuserade på känslor, för då kunde de ställa frågor utan att känna sig bedömda.

Ingen större utveckling verkar ha skett när det gäller åtgärder mot bristande samspel mellan människor i omvårdnaden, då äldre studier pekar på liknande resultat som idag. Detta leder till egna reflektioner över vad vi som sjuksköterskor kan göra för att underlätta kommunikation och mellanmännsliga relationer i vårt kommande arbete.

En sådan viktig del i sjuksköterskans arbete är enligt Travelbee (1966/2001, s.117) förmågan att ge hopp, vilket kan hjälpa människor att hantera sin situation och må bra trots sjukdom.

Även författarna inser att denna förmåga är betydelsefull, inte minst då patienter ibland blir utsatta för mindre genomtänkt bemötande av vårdpersonal som kan göra att de tar illa vid sig och förlorar hoppet. Detta belyser även Shaufel, Nordrehaug och Malterud (2011) som menar att samspelet med vårdpersonalen antingen kan underlätta eller försvåra upplevelsen av hopp hos patienten. Deras studie visade också på hoppets betydelse för att minska existentiellt lidande samt öka förmågan att hantera tillvaron bland patienter som varit nära döden. Brist på forskning om kommunikation mellan patient och sjuksköterska gäller alla vårdgrupper, och enligt Skilbeck och Payne (2003) behövs mer forskning om vad som händer i de olika vårdmiljöerna vad gäller emotionell vård och stöd som levereras på sjukhus.

Trots de negativa erfarenheter av omvårdnad som har belysts i detta arbete, visade sig även känslor av glädjefyllda möten, trygghet och tacksamhet ur patienternas perspektiv.

Publikationer i Svensk sjuksköterskeförening [Swenurse], (2015) visar att kommunikationen fungerar tämligen bra och menar att vårdpersonal är utbildade på att kommunicera med patienter och närstående i olika svåra situationer. Däremot har de svårare att kommunicera med varandra inom yrkesgrupperna. En anledning till detta kan vara olikheter i yrkesroller och hierarkier. Kommunikationsmönstret beror sällan på att någon inte är uppmärksam eller slarvar. Många gånger beror det på att man tar emot information samtidigt som man är upptagen med andra arbetsuppgifter och då kan informationen lätt missförstås. Det är även ett högt arbetstempo inom vård och omsorg med många inblandade och beslut som måste fattas under stress. Informationsutbytet måste fungera optimalt om vården ska vara patient

säker, om den av någon anledning brister kan det bli allvarliga konsekvenser för patienten och för den som ger vård. Kommunikationen dem emellan är en av de allra viktigaste förutsättningarna för god och säker vård. Men Socialstyrelsen (2009) menar att verkligheten i vården är komplex. Det är hög arbetstakt med svårt sjuka patienter, avancerad medicinsk teknisk utrustning och avancerade behandlingsmetoder. De pekar på att de däremot inte går att förlita sig på att säkerhet i detta sammanhang skall upprätthållas enbart med hjälp av den enskilde personalens engagemang och kunskaper. För att en säker vård skall kunna bedrivas behövs ledningssystem, organisation och väl fungerande rutiner. Detta för att brister och misstag inte ska leda till att patienten skadas. Inom sjukvården har säkerhetstänkandet funnits i alla tider, men fokus har idag flyttats från den enskilda yrkesutövarens roll till organisationens och systemets betydelse. Vårdpersonalens ansvar är fortfarande av stor betydelse men måste ses i ett sammanhang

Slutsats

Det fanns sparsamt med forskning om denna patientgrupps upplevelser av omvårdnad. Dock framträdde kommunikationen som en mycket viktig del i omvårdnaden för patienter som överlevt hjärtstopp, och här behövs det mera kunskaper för att vården ska förbättras. Vidare forskning behövs som ett specifikt kunskapsområde för sjuksköterskor. Vi kom fram till att individer som överlevt hjärtstopp, genom hela vårdkedjan från sjukhuset till hemmet behöver omvårdnad av sjuksköterskor med vilja och förmåga att möta individen i lidandet samt att de genom kloka samtal strävar efter att ge mening och hopp. Kommunikationen är ett av de viktigaste verktygen och för att det skall vara möjligt att använda det på rätt sätt har vi också förstått att det inte bara krävs en sjuksköterska för detta utan även stödet i ryggen av en hel organisation för att det skall fungera optimalt.

“A good nurse nurses with brains and a heart in training and practice”

Florence Nightingale, Notes on Nursing

Referenser

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.

Bunkenborg, G., Samulson, K., Åkesson, J., & Poulsen, I. (2012) Impact of professionalism in nursing on in-hospital bedside monitoring practice. *Journal of Advanced Nursing* 69(7), 1466-1477. doi:10.1111/jan.12003

Clements, P., & Stenerson, H. (2004). Surviving sudden loss: when life, death, and technology collide. *Journal of Vascular Nursing*, 22(4), 134-137.

*Dobson, M., Tattersfield, A. E., Adler, M.W. McNicol, M.W. (1971). Attitudes and Long-term Adjustment of Patients Surviving Cardiac Arrest. *British Medical Journal*, 3, 207-212.

*Dougherty, C., Benoliel, J-Q., & Bellin, C. (2000). Domains of nursing intervention after sudden cardiac arrest and automatic internal cardioverter defibrillator implantation. *The Journal of acute and critical care*. 29 (2).79-86.

Dougherty, C., Pyper, G., & Benoliel, J. (2004). Domains of concern of intimate partners of sudden cardiac arrest survivors after ICD implantation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1), 21-31 11p.

Drager, K. K. (2012). Improving Patient Outcomes with Compression-Only CPR: Will Bystander CPR Rates Improve? JEN: *Journal of Emergency Nursing*, 38(3), 234-238. doi:10.1016/j.jen.2011.02.008

Flanagan, J., Carroll, D., & Hamilton, G. (2010). The long-term lived experience of patients with implantable cardioverter defibrillators. *MEDSURG Nursing*, 19(2), 113-119 7p.

*Flemme, I., Hallberg, U., Johansson, I., & Strömberg, A. (2011). Uncertainty is a major concern for patients with implantable cardioverter defibrillators. *American journal of critical care*, 14 (3):420-428.

*Forslund, A-S., Zingmark, K., Jansson, J-H., Lundblad, D., & Söderberg, S. (2014). Meanings of People's Lived experiences of Surviving an Out-Of-Hospital Cardiac Arrest, 1 Month After the event. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(5), 464-471. doi:10.1097/JCN.0b013e3182a08aed

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

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2., [rev.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

Fridlund, B. (2002). The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(1), 15-18.

Kadda, O., Marvaki, C., & Panagiotakos, D. (2012). The role of nursing education after a cardiac event. *Health Science Journal*, 6(4), 634-646.

*Kamphuis, H.C.M., Verhoeven, N.W.J.M., de Leeuw, R., Derksen, R., Hauer, R. N.W., & Winnubst, J.A.M. (2004). ICD: a qualitative study of patient experience the first year after implantation. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 1008-1016.

*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

*Lau, B., Kirckpatrick, J-N., Merchant, R-M., Perman, S-M., Abella, B-S., Gaieski, D-F., Becker, L-B., Chiames, C., & Reirisma, A-M. (2010). Experiences of sudden cardiac arrest survivors regarding prognostication and advance care planning. *Resuscitation*, 81, 982-986. doi:10.1016/j.resuscitation. 2010.03.031.

Länne, T. (2012). *Det friska hjärtat: Ett muskelknippe som pumpar jämt*. I M. Rosenqvist & P. Tornvall (Red.), *Hjärtat* (s.7-23). Karolinska Institutet: University Press.

Moulaert, V. R., Verbunt, J. A., Bakx, W. G., Gorgels, A. P., de Krom, M. C., Heuts, P. H., & Van Heugten, C. M. (2011). 'Stand still ... , and move on', a new early intervention service for cardiac arrest survivors and their caregivers: rationale and description of the intervention. *Clinical Rehabilitation*, 25(10), 867-879. doi: 10.1177/0269215511399937

Morse, J., Bottorff, J., Anderson, G., O'Brien, B., & Solberg, S. (1992). Beyond empathy: Expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 809-821.

Nakano, A., Mainz, J., & Lomborg, K. (2008). Patient perception and assessment of admission to acute cardiac care unit. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 10-15 6p.

*Palacios-Cena, D., Losa-Iglesias, M-E., Salvadores-Fuentes, P., & Fernandez-de-las-Penas, C. (2011) Sudden cardiac death: the perspectives of Spanish Survivors. *Nursing and Health Sciences*, 13.149-155. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00593.x

Perski, A., & Osika, W. (2012). *Det stressade hjärtat*. Stockholm: Gabor-Perski.

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

*Uren, A., & Galdas, P. (2014). The experiences of male sudden cardiac arrest survivors and their partners. a gender analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 71 (2), 349-358.

Skilbeck, J., & Payne, S. (2003). Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialist in

palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 521-530.

Travelbee, J., (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (2 opl. ed.). Oslo: Gyldendal.

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3., [rev.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

Elektroniska referenser

American Heart Association.(2015) Cardiac Arrest. Hämtad den 1 okt 2015
http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/CardiacArrest/About-Cardiac-Arrest_UCM_307905_Article.jsp

Hjärt-Lungfonden. (2015) En andra chans efter hjärtstopp. Hämtad den 5 oktober 2015
<http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Plotsligt-hjartstopp/Mer-lasning/En-andra-chans-efter-hjartstopp/>

SBU. (2006). Hypotermi. Hämtad den 22 okt 2015.
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Alert/Sankning-av-kroppstemperaturen-efter-havt-hjartstopp/>

SBU.(2009). ICD. Hämtad den 6 okt 2015
<http://www.sbu.se/sv/Vetenskap--Praxis/Vetenskap-och-praxis/Elstotar-raddar-liv-hos-motiverade-patienter/>

SMER. (2015). Helsinki Deklarationen. Hämtad den 22 okt 2015.
<http://www.smer.se/teman/internationella-konventioner-och-deklarationer/>

Socialstyrelsen.(2009). Säker vård. Hämtad den 23 okt 2015.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/God%20v%C3%A5rd%20S%C3%A4ker%20v%C3%A5rd.pdf>

Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad den 26 okt 2015
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2015) Svenska Hjärt-lungräddningsregistret. Hämtad den 1 okt 2015
<http://www.socialstyrelsen.se/register/register-service/nationellakvalitetsregister/svenskahjart-lungradningsregi>

Swenurse. (2015). Kommunikation mellan vårdpersonal. Hämtad den 23 okt 2015
<http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/SSF-om/Kommunikation/>

Bilagor

Bilaga 1. Inledande databassökningar

Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar
Cinahl	Cardiac arrest AND patients experiences	Peer review, Eng	169
Pubmed	"Heart arrest/nursing"[Mesh]	Peer review, Eng	285

Bilaga 2. Översikt av litteratursökningar i Cinahl

Datum	Artikel	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal valda efter läsning av titel	Antal valda efter läsning av abstract	Antal valda efter läst artikel	Antal inkluderade efter relevansbedömning och kvalitetsgranskning
150903	Forslund et al (2014)	Cardiac arrest AND patients experiences	Peer review	27	4	1	1	1
150911	Kamphuis et al (2004)	cardiac arrest AND qualitative	peer review	62	11	8	2	1
150903	Uren o Galdas et al (2014)	Cardiac rehab*AND heart arrest AND patients experiences	Peer review	1	1	1	1	1

Bilaga 3. Översikt av litteratursökningar, gjorda i Pubmed

Datum	Artikel	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal valda efter läsn av titel	Antal valda efter läsning av abstract	Antal valda efter läst artikel	Antal inkluderade efter relevansbedömning och kvalitetsgranskning
150913	Dobson et al (1971)	cardiac arrest AND patients AND Attitudes AND long term		12	1	1	1	1
150811	Dougherty et al (2000) Ketilsdottir et al (2013)	Heart arrest rehabilitaion AND patients experiences	Peer review	7	3	2	2	2
150920	Flemme et al (2011)	Uncertainty AND Implantable AND Patients AND Nurs*		13	7	2	1	1
150909	Forslund et al (2013) Palacious et al (2011)	cardiac arrest AND surviv* AND qualitative		56	10	4	2	2
151008	Lau et al (2010)	sudden cardiac arrest AND Qualitative research		57	5	2	1	1

Bilaga 4. Översikt av inkluderade artiklar

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Typ av studie	Deltagare (bortfall)	Metod, Datainsaml Analys	Huvudresultat	Kvalitet
Dobson et al (1971) England	Att undersöka attityder och känslor efter hjärtlungräddning hos överlevare efter hjärtstopp, samt bedöma psykologisk, social och fysisk anpassning.	Kvalitativ	20	personliga ostrukturerade intervjuer	Minnen av hjärtmassagen, Närhet till döden, osäkerhet, minnesstörningar, förvirring, ångest, ambivalens, tacksamhet att leva mm.	medel
Dougherty et al (2000) USA	Undersöka individer och familjers erfarenheter efter hjärtstopp och ICD.	Kvalitativ Grounded theory	15	Intervjuer	Sju viktiga områden: präventiv vård, sjukvårdspersonal, partner, aktiviteter, fysiska utmaningar, känslomässiga utmaningar, hantera ICD-shock.	medel
Flemme et al (2011) Sverige	Undersöka huvudängelägenheter bland individer med ICD och hur de hanterat detta.	Grounded theory	16	Intervjuer	För att hantera osäkerheten i det dagliga livet användes strategier som att begränsa aktiviteter, distrahera sig, acceptera att ha ICD och att omvärdera livet	hög
Forslund et al (2013) Sverige	Beskriva riskfaktorer och livsstil bland överlevare efter hjärtstopp	Undersökande mixad metod	71kvant. del varav 15 (2) kvalitativ del	enkäter och personliga intervjuer	Kvalitativ del: Anpassa livsstilen till den nya situationen, Ändrad livssyn.	hög

Forslund et al (2014) Sverige	Att belysa mening av levda erfarenheter bland de som överlevt plötsligt hjärtstopp efter hjärtinfarkt utanför sjukhus, en månad efter händelsen.	Fenomenologisk hermeneutik	11	Intervjuer	Två teman; Återvända till livet, Omvärdera livet. Fem subteman: Vakna upp och har missat allt, Inse att det inte var tid att dö, Undra varför, känna sig tvetydig i relationer, undra om livet kommer bli som förut.	hög
Kamphuis et al (2004) Nederländerna	Undersöka hur ICD-bärare uppfattar livet under det första året efter implantationen	Kvalitativ (denna del)	21	semistrukturerade intervjuer	Teman: Fysisk försämring, kognitiva förändringar, upplevt socialt stöd, beroende, kontakt med vårdpersonal.	medel
Ketilsdottir et al (2013) Island	Att beskriva överlevande hjärtstoppspatienters upplevelser för att få kunskap om effekten av dessa upplevelser på behoven och bekymren hos dessa patienter.	Kvalitativ, tolkande fenomenologi	7 (1)	Semistrukturerade intervjuer	Känslor av osäkerhet, behov av stöd, kämpa för att få tillbaka livet som det var, känslomässiga utmaningar, gensvar på symtom, ny syn på livet.	hög
Lau et al (2010) USA	Att söka förståelse av hjärtstoppspatienters åsikter om ämnen som kommer perioden direkt efteråt.	Kvalitativ	9 (2)	Telefonintervjuer semistrukturerade	Deltagarna tyckte att den medicinska professionen gjorde fel i att ge dåliga prognoser tidigt efter hjärtstoppet.	medel
Palacios-Cena et al (2011) Spanien	Undersöka upplevelser hos patienter som överlevt plötslig hjärtdöd, för att förbättra vården.	Kvalitativ, fenomenologisk	9 (3)	Ostrukturerade intervjuer, dagböcker	Fyra teman framkom: Möta rädslan, Söka efter mening, Känna döden nära, Ensamhet och främlingskap	hög

Uren & Galdas (2014) England	Undersöka hur maskulinitet formar upplevelse för män och deras partners efter att ha överlevt hjärtstopp utanför sjukhuset.	Tolkande beskrivande	13	Semistrukturerade Intervjuer	Teman: Stöd och självförtroende, Hantera känslomässig sårbarhet, Inte längre en "Herman"	hög
------------------------------	---	----------------------	----	------------------------------	--	-----

Bilaga 5. Sökningar som inte genererade några relevanta träffar

Databas	Sökord	Limits	Antal träffar	Antal valda
Pubmed	Patients perspectives AND nursing care AND sudden cardiac arr	peer review	5	0
Cinahl	(MH"patients attitudes") AND nursing care AND heart arrest		4	0
Cinahl	Quality of care AND heart arrest AND patients experience		4	0
Cinahl	Patients satisfaction AND nursing care AND heart arrest		1	0

