



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Filosofie kandidatexamen

**Patienters upplevelse av livskvalitet efter hjärtstopp samt
hur livet påverkades hos närstående**

En litteraturöversikt

**Patients´ experience of quality of life after cardiac arrest
and its effect on family members´**

A Literature Review

Författare: Fatima Wickman

Handledare: Tammy Blom

Examinator: Birgitta Jönsson

Granskare: Maria Forsner

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Poäng: 15 högskolepoäng

Betygsdatum:

Högskolan Dalarna

791 88 Falun

Sweden

ABSTRACT

Syfte: Syftet med denna systematiska litteraturstudie var att beskriva hur patienter upplevde sin livskvalitet efter ett hjärtstopp samt hur närstående upplevde att livet påverkades efter en anhörigs hjärtstopp. **Metod:** Sökningar efter artiklar skedde via PubMed, CINAHL och Medline. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska, primärkällor samt publicerade i vetenskapliga tidskrifter mellan 2000-2012. **Huvudresultat:** Livskvaliteten påverkades inom flera områden hos patienterna. Det aktiva dagliga livet (ADL) och/eller den fysiska förmågan var försämrade, dock rapporterades en tillfredsställande livskvalitet och en god ADL nivå 15 år efter hjärtstoppet. Trötthet var uttalat hos patienterna vilket påverkade livskvaliteten negativt. Även närstående upplevde en ökad trötthet med tillägg av andra fysiska symtom. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) var vanligt hos patienterna men påverkade endast den fysiska upplevelsen av livskvalitet. Oro, ångest och depression var vanligt förekommande hos patienter och var korrelerat till en sämre livskvalitet. Dessa symtom var även vanliga hos närstående. Sociala relationer upplevdes som viktiga hos både patienter och närstående. Livskvalitet upplevdes i relation med närstående. Kvinnor upplevde en sämre social funktion än män. Närstående kände sig isolerade och var rädda för att uppröra sin partner. **Slutsats:** Att överleva ett hjärtstopp påverkar patientens livskvalitet både fysiskt, psykiskt och socialt. Även närstående påverkas i hög grad. Både patienter och närstående skulle vara behjälpliga av stöd och vägledning tiden efter hjärtstopp. Stödgrupper för närstående i liknande situationer ansågs kunna minska den psykiska påfrestningen. Sjuksköterskans roll var att tidigt försöka identifiera patienter och närstående i riskzonen för att utveckla stressyndrom.

Nyckelord: Hjärtstopp, livskvalitet, närstående, patienter

Keywords: cardiac arrest, family members, patients, quality of life

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
Bakgrund	2
<i>Hjärtstopp</i>	2
<i>Kedjan som räddar liv</i>	2
<i>Vård efter hjärtstopp</i>	2
Medicinsk behandling efter hjärtstopp.....	2
Omvårdnad efter hjärtstopp	3
<i>Personcentrerad omvårdnad</i>	4
<i>Stress och kriser</i>	4
<i>Livskvalitet</i>	5
<i>Lidande</i>	6
Problemformulering	6
Syfte	6
Frågeställningar	7
Definition av centrala begrepp	7
METOD	7
Design	7
Urval	7
<i>Inklusionskriterier</i>	8
<i>Exklusionskriterier</i>	8
Tabell 1 Sökstrategi	8
Tabell 2 Manuella sökningar.....	10
Kvalitetsvärdering	10
Analys och tillvägagångssätt	10
Etiska överväganden	11
RESULTAT	12
Patienters upplevelse av livskvalitet efter att överlevt ett hjärtstopp	12
<i>Fysisk hälsa och livskvalitet</i>	12
ADL och dess inverkan på livskvaliteten efter hjärtstopp	12
Trötthet och dess inverkan på livskvaliteten efter hjärtstopp	14

<u>Smärta och dess inverkan på livskvaliteten efter hjärtstopp.....</u>	14
<i>Psyisk hälsa och livskvalitet</i>	14
<u>PTSD och dess inverkan på livskvalitet efter hjärtstopp.....</u>	14
<u>Ångest, depression och dess inverkan på livskvalitet efter hjärtstopp</u>	15
<u>Känslor av tacksamhet och skuld och dess inverkan på livskvalitet efter hjärtstopp</u>	16
<i>Sociala relationer och livskvalitet.....</i>	17
<u>Familjens och den sociala tillvarons inverkan på livskvaliteten efter hjärtstopp .</u>	17
<i>Närståendes upplevelse av hur livet påverkades efter att en anhörig överlevt ett hjärtstopp.....</i>	18
<i>Hur livet påverkades fysiskt hos närstående.....</i>	18
<i>Hur livet påverkades psykiskt hos närstående.....</i>	18
<u>Rädsla, oro och ångest</u>	18
<u>Frågor om framtiden.....</u>	19
<u>Känslor av skuld.....</u>	20
<i>Hur livet påverkades socialt hos närstående.....</i>	20
<u>Känslor av isolering.....</u>	20
<u>Hjärtstoppets påverkan på familjefunktionen</u>	21
<u>Ekonomi.....</u>	21
Tabell 3 Artiklar som föreligger resultatet	22
DISKUSSION.....	29
Sammanfattning av huvudresultatet.....	29
Resultatdiskussion.....	29
Metoddiskussion	32
Konklusion/Slutsats	33
Förslag till vidare forskning.....	33
REFERENSLISTA	35
Bilaga 1 Granskningsmallar för kvalitetsbedömning: Kvalitativ ansats.....	40
Bilaga 2 Granskningsmallar för kvalitetsbedömning: Kvantitativ ansats	41

INTRODUKTION

Varje år uppskattas cirka 275 000 människor i Europa få ett hjärtstopp utanför sjukhus, endast 29 000 av dessa beräknas kunna räddas till livet (Atwood, Eisenberg, Herlitz & Rea, 2005). Varje minut som går innan hjälp anländer minskar chansen till överlevnad. Redan efter ett par minuter börjar kroppen få obotliga skador. Att på konstgjord väg hålla igång andning och cirkulation genom hjärt- lungräddning (HLR) tills ambulanspersonal anländer ökar chanserna till överlevnad dramatiskt. HLR innebär att livräddaren trycker på bröstkorgen för att hålla igång cirkulationen samt blåser in luft i lungorna genom mun-till-mun metoden (Herlitz, 2011). Hjärtstopp kan förklaras som ett kaos i hjärtats elektriska system, hjärtats vanliga rytm övergår till ett så kallat kammarflimmer (ventrikelflimmer, VF), vilket gör att hjärtat flimrar istället för att slå normalt. Ett hjärta som flimrar pumpar inget blod ut till kroppen (HLR-rådet, u.å.).

Människor hanterar händelser i samband med sjukdom på olika sätt. Samma sjukdom kan ge upphov till helt olika reaktioner, bland annat beroende på vilken fas i livet personen befinner sig, det sociala nätverket och tidigare erfarenheter (Rustøen, 2003). I samband med ohälsa och lidande ställs människor ofta inför existentiella frågor om vad som är viktigt och oviktigt i livet liksom vad som är meningsfullt. Olika personers inställning till livet har betydelse för den individuella upplevelsen av meningsfullhet. För att skapa ett liv som känns meningsfullt krävs tillit. I en vårdrelation är tilliten en förutsättning för att ge patienten hopp samt att finna mening även när livet är svårt (Svensk sjuksköterskeförening, 2010a).

Begreppet livskvalitet används ofta inom vården på det sätt att det täcker både fysiska symtom, såsom smärta eller trötthet, och emotionella symtom, till exempel hur lycklig, ångestfylld eller deprimerad individen är. Människans föreställningar om livskvalitet påverkar på olika sätt det egna handlandet, normer och värderingar (Brülde, 2003). Det framgår av sjuksköterskans etiska koder (International Council for Nurses [ICN], 2007) att sjuksköterskan ska ha patientens hälsa som det främsta målet. Hälsa definieras inom omvårdnad inte som frånvaro av sjukdom utan som ett filosofiskt begrepp och kan även ses som en process vilken individen själv skapar.

Bakgrund

Hjärtstopp

Enligt det svenska nationella registret för hjärtstopp (Herlitz, 2011) drabbades 56 780 människor i Sverige av hjärtstopp utanför sjukhus mellan 1990-2010. Ungefär två tredjedelar utav dessa hjärtstopp inträffade i hemmet och 69 % var bevittnade. Mortaliteten är hög. Endast en tiondel av de individer som lades in levande på sjukhus efter hjärtstopp var fortfarande i livet efter en månad år 2009 (Herlitz, 2011). Att defibrillera ett hjärtstopp så snabbt som möjligt ökar chanserna till överlevnad och kan jämföras med individer som får hjärtstopp på sjukhus (Bunch et al., 2003). Under åren 2005-2011 registrerades 8 612 hjärtstopp på sjukhus i Sverige, av dessa var 82 % bevittnade. Hjärtinfarkt samt oregelbunden hjartrytm (arytmier), var de dominerande orsakerna till hjärtstopp hos vuxna. Vid hjärtstopp på sjukhus kunde 28 % skrivas ut levande (Herlitz, 2011). Ett hjärtstopp är en livshotande komplikation som obehandlat alltid leder till döden men med en snabbt insatt behandling kan hjärtat startas om på nytt och de som drabbas kan räddas till livet.

Kedjan som räddar liv

För att överleva ett hjärtstopp behöver en fungerande cirkulation upprättas så fort som möjligt och förklaras enligt HLR rådet som följande: Tidigt larm, tidig HLR och tidig defibrillering (Herlitz, 2011). Ju tidigare hjälp påkallas desto snabbare kan behandling påbörjas. Med en effektiv HLR som startar direkt efter hjärtstoppet kan chanserna till överlevnad mer än fördubblas (Holmberg, 2002). Idag är ungefär tre miljoner svenskar utbildade i HLR. Den enda botande behandlingen vid hjärtstopp är defibrillering och vid omedelbar defibrillering ökar chansen till överlevnad markant. Tidsfaktorn är avgörande och varje minuts försening till defibrillering minskar möjligheterna att överleva med upp till 10 % (Herlitz, 2011).

Vård efter hjärtstopp

Medicinsk behandling efter hjärtstopp

Det finns flera anledningar till hjärtstopp och vid misstanke om hjärtinfarkt bör patienten genomgå kranskärlsröntgen och eventuellt en så kallad ballongsprängning, percutan coronar intervention (PCI) (Andersson, 2011). De nationella riktlinjerna för hjärt- och kärlsjukdomar (Socialstyrelsen, 2008) rekommenderar att patienter som överlevt hjärtstopp på grund av arytmier bör erbjudas en implantable cardioverter defibrillator (ICD). Detta utförs såvida behandlingen inte bedöms som olämplig till exempel genom påtaglig begränsning av

överlevnad eller livskvalitet. En ICD övervakar hjärtrytmen kontinuerligt och kan genom antingen pacemakerstimulering eller defibrillering avbryta den livsfarliga arytmien som leder till hjärtstoppet (Socialstyrelsen, 2008).

Omvårdnad efter hjärtstopp

Sjuksköterskans insatser kan ibland riktas mot att belysa en mening i upplevelser (Svensk Sjuksköterskeförening, 2008). Värdegrunden för omvårdnad omfattar såväl professionella värden som värden som genererats ur sjuksköterskans och patientens erfarenheter och upplevelser av omvårdnad samt formulerade i lagstiftningen (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010a). Sjuksköterskans primära mål är att ge människor vård samt att initiera och stödja åtgärder som tillgodoser befolkningsgruppers hälsa och sociala behov. Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är: Att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande (ICN, 2007).

Moulaert et al. (2011) utvecklade en sjuksköterskeledd intervention där två av huvudmålen var att tidigt kunna upptäcka kognitiva och emotionella problem. Syftet var att tillhandahålla emotionellt och praktiskt stöd till patienter som överlevt ett hjärtstopp och även patientens närstående erbjöds att närvara. Interventionen utfördes som ett individualiserat program bestående av en till sex besök hos en sjuksköterska. Programmet påbörjades strax efter utskrivningen från sjukhuset och varade upp till tre månader efteråt. Interventionen baserades på antagandet att kognitiva och emotionella problem är vanliga efter ett hjärtstopp och att dessa problem ofta inte blir uppmärksammade av hälso- och sjukvårdspersonalen.

Det nationella kvalitetsregistret för hjärtstopp i Sverige (Herlitz, 2011) visade att majoriteten av de patienter som skrevs ut från sjukhuset efter hjärtstopp uppvisade en god eller relativt god funktionsnivå vid utskrivningen. Däremot framkom i Fredrikssons, Aunes, Thoréns och Herlitz resultat (2006) att patienter upplevde en kvarstående kognitiv störning med minnes- och koncentrationssvårigheter trots en god funktionsnivå. Andersson (2011) hänvisade till Lundamodellen vilken används i klinisk verksamhet. I modellen följs samtliga patienter som vårdats på intensivavdelningen (IVA) upp av sjuksköterskor. Patienten bjuds tillbaka till IVA för ett återbesök. Sjuksköterskan fanns där för att svara på frågor och funderingar från patienten och dess närstående. Samtalet utformades med patienten i centrum och med lyhördhet för dennes önskemål. Sjuksköterskan utförde några enkla tester och patienten fick besvara ett frågeformulär för att kartlägga eventuella nytillkomna kognitiva svårigheter. Om

kognitiva svårigheter framkom eller om patient eller närstående upplevde nytillkomna svårigheter skickades en remiss till en arbetsterapeut för vidare utredning.

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad strävar efter att synliggöra hela personen. Hänsyn tas till patientens andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög grad som dennes fysiska behov. Personcentrerad omvårdnad bygger vidare på att respektera och bekräfta personens egen upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom. För sjuksköterskan innebär detta att behovet som individen själv förmedlar har lika stor betydelse som de behov den professionella personalen identifierar (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010b). Genom att öppet beakta patientens perspektiv kan hänsyn tas till dennes upplevelse av hälsa och ohälsa. En värdegrund för omvårdnad innebär att i möte med patienter och närstående alltid uppmärksamma den utsatthet det innebär för en människa att vara beroende av vård. Respekt för värdighet, integritet och självbestämmande är betydelsefullt för att individen ska ges möjlighet att uppleva tillit, hopp och mening i livet trots ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2010a).

I det akuta skedet vid ett hjärtstopp är det lätt att glömma bort de närstående (Andersson, 2011). En del sjukhus har organiserat bemötandet och omhändertagandet av de närstående med så kallade anhörigstödare. Dessa finns på plats för att stödja och förklara vad som händer oavsett om de närstående vill vänta i anhörigrum eller vara med på akutrummet. Anhörigstödaren följer även med de närstående till vårdavdelningen (Andersson, 2011).

Stress och kriser

En traumatisk händelse kan ge hälsoeffekter om traumat varit tillräckligt extremt och medför en hög risk för posttraumatisk psykisk sjuklighet (posttraumatic stressdisorder, PTSD). Det är inte ovanligt att den drabbade letar efter en mening med vad som hänt. Denna existentiella problematik och omformade världsbild är oftast det som kvarstår längst tid (Michel, Lundin & Otto, 2001; Jonsson, 2005). Traumatiska händelser kännetecknas av att en individ försätts i en situation som är överväldigande och upplevs omöjlig att påverka och vilken utgör en stor psykisk påfrestning för personen (Brolin, Calleberg & Westrell, 2011). När hotet är osynligt kan en mer komplex problematik uppstå och hur det upplevs är beroende på personlighet och tidigare erfarenheter. Kunskap och insikt är oftast ångestreducerande i ett längre tidsperspektiv, däremot kan motsägelsefull information bidra till en stegrad hotkänsla och ökad rädsla (Michel et al. 2001). Vid PTSD återupplever patienten traumat genom bland annat

mardrömmar och återblickar. Andra symtom är att patienten undviker situationer, platser, tankar eller känslor som påminner om traumat. Patienten blir känslomässigt förlamad och känner sig socialt isolerad. Patienten får en ökad upphetsning vilket resulterar i sömnsvårigheter, ökad irritation eller ilska, koncentrationssvårigheter och är mycket lättskrämd (Foa, Davidson & Frances, 1999).

I Cowan, Pike och Budzynskis studie (2001) randomiserades 133 patienter vilka överlevt hjärtstopp in i två grupper. Den ena gruppen erhöll kognitiv beteende terapi (KBT), avslappningsövningar, egenvårdsstrategier för depression, ångest och ilska samt undervisning inom hälsa och hjärt-kärlsjukdomar. Kontrollgruppen behandlades enligt gängse rutiner och fick sedvanlig information. Resultatet visade sedermera att terapigruppen hade en signifikant lägre risk för kardiovaskulär död (hjärtstopp) än kontrollgruppen. I kontrollgruppen dog sammanlagt åtta personer under studietiden, sex utav dessa i följd av ett nytt hjärtstopp. I den grupp som erhöll terapi dog sammanlagt tre personer under studietiden, samtliga av stroke.

Livskvalitet

En människas livskvalitet beror på hur mycket positivt respektive negativt värde dennes liv innehåller, till exempel hur lycklig eller olycklig hon är, hur bra eller dåligt hon mår (Brülde, 2003, 2007).

Begreppet livskvalitet definieras enligt World Health Organisation (WHO, 1996) som individens uppfattning om sin position i livet inom ramen för den kultur och värdesystem de lever och i förhållande till sina mål, förväntningar, normer och problem. Vidare delar WHO (1996) upp livskvalitet i fyra olika domäner med olika subgrupper:

- Fysisk hälsa - aktivt dagligt liv (ADL), trötthet, smärta och obehag, rörlighet, beroende av läkemedel eller annan medicinsk assistans, arbetsförmåga och sömn.
- Psykisk hälsa – kroppslig uppfattning, negativa eller positiva känslor, självkänsla, spritism/religion/personlig tro samt inläring, minne och koncentration.
- Sociala relationer – personliga relationer, socialt stöd och sexualitet.
- Miljö – Finansiella resurser, frihet, fysisk trygghet och säkerhet, hälso- och social omsorg (WHO, 1996).

Enligt Brülde (2003) ansåg flertalet personer att alla hade goda skäl att främja sin egen livskvalitet och till viss mån även se till att andra hade det så bra som möjligt. De föreställningar som finns om livskvalitet hade stora strukturella likheter med individens normativa föreställningar om hälsa. Ökad eller bevarad livskvalitet är ofta ett centralt mål inom vården (Brülde, 2003). Instrumentell ADL innebär de aktiviteter som krävs för att klara det egna boendet såsom till exempel laga mat, städa, tvätta, strukturera vardagen, planera, organisera och komma ihåg (Larsholt, 2010).

Lidande

Lidande och välbefinnande är en del av alla människors liv och är kopplat till individens egen upplevelse av sin situation och den mening personen tillskriver händelser och förluster. Om respekt för patientens sårbarhet, värdighet, integritet och självbestämmande finns kan individen ges möjlighet till tillit, hopp och mening vilket i sin tur kan minska lidandet (Svensk sjuksköterskeförening, 2010a).

Problemformulering

Således drabbas varje år ca 275 000 människor i Europa av hjärtstopp (Atwood et al., 2005), endast ca tio procent skrivs ut levande från sjukhus (Herlitz, 2011). Människor hanterar sjukdom på olika sätt. Samma sjukdom kan ge upphov till helt olika reaktioner beroende på bland annat tidigare erfarenheter, socialt nätverk och vilken fas personen befinner sig i (Rustøen, 2003). Brülde (2003) hävdade att människans föreställning om livskvalitet har stora strukturella likheter med dennes föreställningar om hälsa. Enligt ICN's etiska koder (2007) är sjuksköterskans främsta mål att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Det är därför av stor vikt att beskriva hur livskvaliteten påverkades hos patienter som överlevt hjärtstopp likväl som hur deras närstående påverkades av detta.

Syfte

Syftet med denna systematiska litteraturstudie var att beskriva hur patienter upplevde sin livskvalitet efter ett hjärtstopp samt hur närstående upplevde att livet påverkades efter en anhörigs hjärtstopp.

Frågeställningar

1. Hur upplevde patienter sin livskvalitet efter att ha överlevt ett hjärtstopp?
2. Hur upplevde de närstående att livet påverkades efter att en anhörig överlevt ett hjärtstopp?

Definition av centrala begrepp

Med begreppet *närstående* avses i detta arbete en person som av patienten räknas till familjen såsom maka/make/livspartner, sambo/särbo, barn, syskon och nära vänner (egen definition).

Begreppet *livskvalitet* definieras i detta arbete enligt WHO:s definition (1996) beskriven som ovan.

Med begreppet *patient* avses i detta arbete överlevaren av ett hjärtstopp (egen definition).

METOD

Design

Studien har genomförts som systematisk litteraturstudie med deskriptiv analys av innehållet (Forsberg & Wengström, 2008). Den baseras på vetenskapliga artiklar som motsvarar syftet.

Urval

Sökningar efter vetenskapliga artiklar genomfördes via Högskolan Dalarnas samt via Falu Lasarets biblioteksdatabaser. Sökmotorer som användes var PubMed, Medline och CINAHL. Sökorden togs fram via svensk meSH. Sökord som användes var: heart/cardiac arrest, resuscitation, survivors, family, quality of life, psychology, patient*, experience, ICD och nursing. De valda sökorden användes i olika kombinationer. Vid fler än 100 träffar lästes endast de första 100 titlarna. Om titeln ansågs vara utav intresse och relevans lästes även abstract. Om abstract ansågs besvara föreliggande studies syfte och frågeställningar lästes artikeln i sin helhet. Sökstrategin för databassökningar redovisas i Tabell 1 nedan. Utöver databassökningarna genomfördes även en manuell sökning av vetenskapliga artiklar via referenslistor från redan inhämtade artiklar (Tabell 2). Sammanlagt valdes 35 vetenskapliga artiklar ut för vidare granskning. Av dessa valdes totalt 15 vetenskapliga artiklar ut att ingå i detta arbete, samtliga var av en hög eller medelhög kvalitetsgrad samt ansågs passa syftet och frågeställningarna. Artiklarna skrevs ut i fulltext direkt via sökdataserna när detta var möjligt, annars beställdes de från Högskolan Dalarnas bibliotek.

Inklusionskriterier

De vetenskapliga artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska, primärkällor samt vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter mellan 2000-2012. Studierna som beskrevs i artiklarna skulle vara utförda i Europa eller Nordamerika samt godkända av en forskningsetisk kommitté. Studiedeltagarna skulle vara 18 år och äldre. Artiklarna skulle bedömas ha en medel eller hög kvalitetsgrad.

Exklusionskriterier

Studier utförda på barn eller ungdomar under 18 år. Vetenskapliga artiklar skrivna på andra språk än svenska eller engelska samt studier utförda i andra kontinenter än Europa och Nordamerika exkluderades. Vidare exkluderades studier äldre än från år 2000, sekundärkällor och litteraturöversikter.

Tabell 1 Sökstrategi

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Urval
Medline	120124	Cardiac arrest AND quality of life AND patient*	232	100	15	2
Medline		Cardiac arrest AND quality of life AND Nursing	31	31	3	0
Medline		Resuscitation AND quality of life AND patient*	697	100	9	2
Medline		Cardiac arrest AND experience AND quality of life	42	42	4	1
Medline		Resuscitation AND experience AND quality of life	78	78	2	0
CINAHL		Cardiac arrest AND quality of life AND	59	59	7	1

		patient*				
CINAHL		Cardiac arrest AND quality of life AND nursing	13	13	10	1
CINAHL		Cardiac arrest AND experience AND quality of life	10	10	3	0
CINAHL		Resuscitation AND patient* AND quality of life	232	100	10	2
PubMed	120126	Heart arrest AND Resuscitation AND Survivors	70	70	8	1
Medline		Quality of life AND Heart arrest AND Survivors	28	28	8	1
Medline		Quality of life AND Heart arrest AND Survivors OR Psychology	28	28	5	1
Medline	120127	Resuscitation AND Survivors AND Psychology	58	58	7	3
Medline	120203	Heart arrest AND Resuscitation AND ICD	19	19	4	1
Medline		Cardiac Arrest AND Nursing AND ICD	13	13	8	4
Medline		ICD AND Nursing AND Quality of life	31	31	6	2

Tabell 2 Manuella sökningar

Författare	Titel	Antal utvalda artiklar
Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L. (2009a).	To Survive Our-of-Hospital Cardiac Arrest: A Search for Meaning and Coherence	1
Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L. (2009b).	Experiencing Out-of-Hospital Cardiac Arrest: Significant Others' Lifeworld Perspective.	2
Dougherty C. M. & Thompson, E. A. (2009)	Intimate Partner Physical and Mental Health After Sudden Cardiac Arrest and Receipt of an Implantable Cardioverter Defibrillator.	1
Moulaert, V. R. M. P., Wachelder, E. M., Verbunt, J. A., Wade, D. T. & van Heugten, C. M. (2010).	Determinants of quality of life in survivors of cardiac arrest.	5
Wachelder, E. M., Moulaert, V. R. M. P., van Heugten, 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.	4

Kvalitetsvärdering

Både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar har kvalitetsgranskats enligt de modifierade granskningsmallarna av Willman, Stoltz och Bahtsveni (2006) samt Forsberg och Wengström (2008) (Bilaga 1 & 2). Granskningsmallarna innehöll ett antal frågor som alla besvarades med ett ja eller nej. Ett ja-svar genererade ett poäng och ett nej-svar noll poäng. Den kvantitativa mallen (Bilaga 1) innehöll 29 frågor där artiklar med en låg kvalitetsgrad fick under 19 poäng, av medelgrad 20-25 poäng samt av hög kvalitet 26-29 poäng. Den kvalitativa mallen (Bilaga 2) innehöll 25 frågor och poängsattes enligt samma system. Där ansågs en artikel ha hög kvalitetsgrad vid 21-25 poäng, av medelkvalitet vid 16-20 poäng och av låg kvalitet 16 poäng och lägre. I Tabell 3 redovisas samtliga artiklar som användes i resultatet och deras kvalitetsgrad.

Analys och tillvägagångssätt

Samtliga vetenskapliga artiklar lästes igenom flertalet gånger. Först för att få en översiktlig information om artikelns innehåll och relevans till syfte och frågeställningarna. De artiklar

som inte ansågs ha relevans för frågeställningarna eller hade låg kvalitetsgrad sorterades bort. Därefter lästes resterande artiklar igenom ytterligare en gång för att öka förståelsen och dess innerbörd. Artiklarna sorterades in efter de olika frågeställningarna, vissa av artiklarna kunde ingå i fler än en frågeställning. Vidare markerades artiklarna i olika teman (fysisk hälsa, psykisk hälsa, sociala relationer och miljö) enligt WHO:s definition av livskvalitet (1996) för att sedan kategoriseras in i undergrupper till varje tema (Polit & Beck, 2008). Slutligen sammanställdes den information som var av relevans i resultatet i denna litteraturstudie.

Etiska överväganden

Eftersom föreliggande studie var en systematisk litteraturstudie krävdes inget forskningsetiskt godkännande från Högskolan Dalarnas etiska prövningsnämnd (Vetenskapsrådet, 2011). Artiklarna som presenteras i denna litteraturstudie skulle vara granskade av någon forskningsetisk kommitté. Författaren har strävat efter att förbehålla sig objektiv gentemot litteraturen och resultatet har återgetts sanningsenligt.

RESULTAT

Artiklarna som ligger till grund för resultatet presenteras i Tabell 3. Sammanlagt ingick 15 artiklar i resultatet, varav tre med kvalitativ ansats och 12 med kvantitativ ansats. Båda frågeställningarna kunde delas in i tre olika huvudområden, *fysiskt, psykiskt* och *socialt*. Vidare kunde frågeställning ett delas in i sju olika kategorier: *Aktivt dagligt liv (ADL), trötthet, smärta, PTSD, ångest och depression, tacksamhet och skuld samt familj och social tillvaro*. Frågeställning två delades in i sex kategorier: *Rädsla, oro och ångest, frågor om framtiden, skuld, isolering, familjefunktion* och *ekonomi*. Dessa kategorier presenteras som underrubriker till huvudområdena i resultatet.

Patienters upplevelse av livskvalitet efter att överlevt ett hjärtstopp

Fysisk hälsa och livskvalitet

ADL och dess inverkan på livskvaliteten efter hjärtstopp

ADL-förmågan undersöktes i en studie (van Alem, de Vos, Schmand & Koster, 2004). Resultatet visade att 81 % (n=46) av patienterna inte upplevde någon begränsning eller endast litet begränsad ADL-förmåga. Vidare upplevde sju av patienterna en nedsatt funktion i sitt dagliga liv men kunde dock sköta sitt liv självständigt. Fyra patienter var till viss del eller helt beroende av andra i sitt dagliga liv och upplevde måttliga till svåra funktionshinder och svårigheter att sköta om sina egna behov. Harve et al. (2007) visade att samtliga tio patienter som fortfarande var i livet 15 år efter sitt hjärtstopp levde hemma och var självständiga i sitt ADL. De hade fritidssysselsättningar och utförde fysisk träning. Samtliga patienter upplevde en god fysisk och psykisk hälsa och kände sig tillfredsställda med sin livskvalitet.

Livskvaliteten hos patienter som överlevt hjärtstopp mättes även i Saner, Borner Rodriguez, Kummer-Bangerter, Schüppel och von Plantas studie (2002) och jämfördes med en kontrollgrupp bestående av friska personer i samma ålder och kön. Resultatet visade att de som överlevt hjärtstopp upplevde en signifikant skillnad i sin fysiska rörlighet till det sämre. Trettionio av 50 patienter levde ett oberoende liv och visade ingen skillnad i ADL jämte kontrollgruppen. Trots hjärtstoppet upplevde patienterna en generellt god livskvalitet. Livskvaliteten och den kognitiva förmågan hos patienter sex månader efter hjärtstoppet utvärderades även i Van Alems, Waalewijns, Kosters och de Vos studie (2004). Resultatet jämfördes med ett urval av äldre personer och patienter som genomgått en stroke. Resultatet

visade att 77 % av patienterna som överlevt hjärtstopp skötte sitt dagliga liv utan hjälp från andra, 26 patienter hade däremot en försämrad fysisk förmåga. Studien visade även att försämringen ofta var korrelerad till hög ålder och även kön. Arton procent av kvinnorna (n=6) upplevde en försämrad fysisk förmåga. I jämförelse med urvalet av äldre människor upplevde patienterna som överlevt hjärtstopp en sämre livskvalitet.

Patienter som fått en ICD efter sitt hjärtstopp upplevde en mindre fysisk begränsning än patienter som fått annan behandling för sin arytm (Kamphuis, De Leeuw, Derksen, Hauer & Winnbust, 2002). Detta var undantaget de ICD-patienter som fick defibrilleringar från sin ICD vilka kände sig signifikant mer fysiskt begränsade än den andra behandlingsgruppen. Patienter som behandlats med en ICD var yngre (55 ± 13.7 år) än den andra gruppen (61 ± 12.8 år). Patienter över 60 år kände en minskad förbättring i sin upplevelse av hälsa än yngre patienter. Däremot upplevde äldre patienter en ökad vitalitet medan de yngre patienterna upplevde att vitaliteten blev sämre. Resultatet visade även att livskvaliteten förbättrades signifikant de första sex månaderna efter hjärtstoppet men avstannade dock sedan tillsammans med den fysiska funktionen och upplevelsen av smärta. Wachelder et al. (2009) beskrev att patienter som genomgått PCI efter hjärtstoppet upplevde sin ADL bättre än de som inte genomgått PCI. Männen tycktes skatta sin livskvalitet högre än kvinnorna men upplevde däremot en sämre instrumentell ADL-förmåga i jämförelse med de kvinnorna som deltog i studien. Vidare fann studien (Wachelder et al., 2009) ingen association mellan livskvalitet och behandling med ICD.

Flera patienter behövde hjälp med sin ADL såsom dusch, hårtvätt, påklädning och medicinering initialt efter hjärtstoppet enligt Dougherty, Pyper och Benoliel (2004). Så småningom blev patienterna mer fysiskt aktiva och började testa sina gränser och sin fysiska styrka. Om patienten däremot fått en defibrillering från sin ICD minskade, eller avtog helt, dennes försök till fysiska aktiviteter. Patienterna upplevde en frustration över att vara beroende av andra i sitt dagliga liv. Även Lundgren-Nilsson, Rosén, Hofgren och Sunnerhagen (2005) redogjorde för att den upplevda hälsorelaterade livskvaliteten var nedsatt direkt efter hjärtstoppet. Den ökade dock sedan kraftigt under det första året efteråt särskilt gällande fysisk aktivitet och sömn. Efter ett år liknade detta resultat referensvärden från en tidigare större befolkningsundersökning. Studien (Lundgren-Nilsson et al., 2005) visade vidare på att 55 % av de 26 patienter som deltog i studien och behövde hjälp med sitt ADL tiden direkt efter hjärtstoppet fortfarande var beroende av hjälp ett år efter hjärtstoppet.

Gamper et al. (2004) beskrev att patienter med PTSD efter att överlevt hjärtstopp upplevde en signifikant försämring i alla kategorier inom livskvalitet såsom fysisk aktivitet och upplevelse av fler somatiska sjukdomar. Moulaert, Wachelder, Verbunt, Wade och van Heugten (2010) fann i sin studie att livskvaliteten var korrelerad till den instrumentella ADL nivån men inte till den basala (personliga) ADL förmågan.

Trötthet och dess inverkan på livskvaliteten efter hjärtstopp

Trötthet var vanligt hos patienter efter hjärtstopp enligt Wachelder et al. (2009). Fler än 50 % (n=34) upplevde en kraftig trötthet vilket påverkade livskvaliteten negativt uppemot sex år efter hjärtstoppet. Saner et al. (2002) fann även de i sin studie en signifikant skillnad i upplevelsen av energinivåer och trötthet jämfört med kontrollgruppen. Wachelders et als. resultat (2009) bekräftades av Moulaert et al. (2010) vars resultat visade att trötthet var kraftigt korrelerad till livskvaliteten. Tröttheten påverkade både patientens fysiska och mentala hälsa.

Smärta och dess inverkan på livskvaliteten efter hjärtstopp

Saner et al. (2002) hävdade i sin studie att patienter som överlevde hjärtstopp inte upplevde mer smärta efter sitt hjärtstopp än före. Däremot visades det i Kamphuis et als. studie (2002) att det fanns skillnader på smärta mellan patienter som fått en ICD jämfört med de individer som fått annan behandling efter hjärtstoppet. ICD-gruppen upplevde signifikant mindre smärtproblematik än den andra gruppen de första sex till tolv månaderna efter hjärtstoppet. Studiens resultat påvisade även att det inte fanns någon övrig skillnad av minskad livskvalitet i båda grupperna.

Psykisk hälsa och livskvalitet

PTSD och dess inverkan på livskvalitet efter hjärtstopp

Nästan var tredje patient drabbades av PTSD efter sitt hjärtstopp enligt Gamper et al (2004). Den enda signifikanta förutsägelsen för att drabbas av PTSD var ung ålder. Patienter med PTSD visade en signifikant försämring i alla indikatorer för livskvalitet. Moulaert et al. (2010) hävdade däremot i sin studie att PTSD endast bidrog till den fysiska upplevelsen av livskvalitet. I resultatet från en annan studie (O'Reilly, Grubb & O'Carroll, 2004) visades att 19 % av 27 patienter med hjärtstopp uppfyllde kriterierna för PTSD i jämförelse med sju procent av 27 patienter som genomgått en okomplicerad hjärtinfarkt. Skillnaden var dock icke-signifikant.

Ångest, depression och dess inverkan på livskvalitet efter hjärtstopp

I resultatet av Moulaert et als. studie (2010) visades att ångest och depression var kraftigt relaterade till den psykiska upplevelsen av livskvalitet.

Bremer, Dahlberg och Sandman (2009a) beskrev att flera patienter redogjorde att de hade en känsla av att kroppen hade förändrats och var sårbar på ett annat sätt än innan hjärtstoppet. Rädslan för ett nytt hjärtstopp gav känslor av maktlöshet och utsatthet när det inte fanns några garantier att livet skulle finnas kvar som innan. Osäkerheten förstärktes av ovissheten om hur framtiden såg ut och påverkade det dagliga livet negativt. Patienter som behandlats med en ICD efter hjärtstoppet kunde plötsligt vända sina tankar om att det var en livsuppehållande apparat till att den var något otäckt och hotfullt samt en ständig påminnelse om ett skadat hjärta.

”...When we are sitting like this. I don't notice very much of it, you know...but just to move yourself physically gives you, all the time, a reminder of , ”Yes, but you aren't entirely well! You will probably never be well! Your heart is damaged! You, you, you have a handicap.” And that... I'm like that, it's not much fun then. And, and I suppose that's a part of the anxiety then that yes you are... not completely... in your prime. And that's, that's also one of those things that... lies behind the anxiety” (Bremer et al., 2009a, s. 332).

Vidare framkom i Bremer et als. (2009a) studie att frågor om fysiska möjligheter och begränsningar efter hjärtstoppet kunde leda till en existentiell osäkerhet. Detta kunde manifesteras i en oro och rädsla över kroppens funktion och förmågor i framtiden och huruvida livet var meningsfullt eller inte. Sorg och ilska av att ha mist kroppsliga funktioner ledde till känslor av begränsning, isolering och utanförskap. Oro och ångest över sina kroppsliga förändringar relaterades även till hur de närstående skulle orka med bördan att sköta om dem. Vidare väcktes frågor om hur de närstående skulle klara sig i livet om patienten avled. Patientens ångest minskade allt eftersom kroppen började återhämta sig. En känsla av ökad säkerhet och kontroll kom tillsammans med en positiv självbild.

” If we compare what I have now, then I have, then... now it's completely different, you could say I'm living another life. Now I'm living at my own pace, you know, and I'm doing whatever I want during the day. I can go there if I want.... Yes, and I have more [time] with the family, the grandchildren, all of that. So it's not even possible to compare! It's much... more fun to live nowadays than [laughter] before, so to speak,

er. Because, at that time it was stressful and one had to work on one's back, you know.” (Bremer et al. 2009a, s 333)

Det psykiska välbefinnande ökade enligt Kamphuis et al. (2002) signifikant mellan sex och tolv månader efter hjärtstoppet. Likaså minskade känslan av att vara handikappad under den tiden. Däremot minskade inte ångest och depressiva symtom under det första året efter hjärtstoppet. Patienter med hjärtstopp uppvisade betydligt högre värden gällande ångest och depression än hos den friska populationen. Kamphuis et al. (2002) fann en signifikant interaktion mellan behandlingsform, ångestnivå och hälsoförändring över tiden. Känslan av ångest verkade påverka den upplevda förändringen av hälsan. De patienter som mottagit en ICD visade en ökad upplevelse av hälsa över tiden oavsett ångestnivå. Gruppen bestående av patienter som fått annan behandling efter hjärtstoppet och med låg ångestnivå förbättrades däremot endast de första sex månaderna. De följande sex månaderna minskade dock upplevelsen av hälsa istället. Patienter med svår ångest upplevde att hälsan ökade med tiden. Livskvaliteten ökade signifikant hos samtliga patienter de första sex månaderna (Kamphuis et al., 2002).

Wachelder et al. resultat (2009) hävdade att många patienter som överlevde ett hjärtstopp upplevde känslor av ångest och depression, försämrad kognitiv funktion och en minskad livskvalitet. Detta bekräftas i O'Reilly et al. studie (2004) där 30 % av patienter som haft hjärtstopp på sjukhus uppfyllde kriterierna för ångest och 15 % för depression.

Känslor av tacksamhet och skuld och dess inverkan på livskvalitet efter hjärtstopp

Det var inte ovanligt att patienter kände skuld över att de inte tagit hand om sin kropp före sitt hjärtstopp (Bremer et al. 2009a). Känslor av både skuld och tacksamhet åtföljdes av insikten om orsaken till och konsekvenserna av hjärtstoppet. Patienterna fick nya perspektiv vilket innebar en tacksamhet över att ha överlevt. Resultatet pekade vidare på att överlevaren efter ett hjärtstopp letade efter nya positiva värden. Dessa värden visade på behovet av en god eller acceptabel livskvalitet. Patienterna tvingades ibland in i strategier där de övertalade sig själva att livet efter hjärtstopp var ett gott och önskvärt liv. Däremot fann Harve et al. (2007) att de patienter som fortfarande var i livet 15 år efter sitt hjärtstopp upplevde en god fysisk och psykisk hälsa samt hade en generellt positiv attityd till livet. Sju av tio patienter skattade sin livskvalitet som god och samtliga patienter upplevde att livskvaliteten hade ökat sedan första året efter hjärtstoppet.

Sociala relationer och livskvalitet

Familiens och den sociala tillvarons inverkan på livskvaliteten efter hjärtstopp

I Bremer et als. (2009a) resultat visades att mening och ett gott liv hittades i den säkerhet, stöd och omsorg som upplevdes i relationer med närstående. Sociala relationer tycktes vara viktigt för att uppleva sig själv som en hel person med en identitet och i ett sammanhang. Den nya vägen som livet tagit inbegrep en minskad känsla av att ha kontroll över livet. Detta ledde i sin tur till en annan känsla av kontroll baserad på insikten om sin egen dödlighet. Patienterna reflekterade över meningen med livet och dess förhållanden såsom fortsatt arbete, att kunna resa, köra bil eller besöka barnbarn. Livets sårbarhet påverkade patienter som överlevt hjärtstopp och upplevdes som begränsningar i det dagliga livet. Att söka efter en mening med livet kunde öka patientens välbefinnande. Enligt Saner et al. (2002) upplevde patienterna en högre tillfredsställelse i familjelivet efter sitt hjärtstopp än före. Tillfredsställelsen och livskvaliteten i det dagliga livet förblev oförändrat.

Kvinnor upplevde en sämre social funktion än män oavsett behandlingsform enligt Kamphuis et al. (2002). Resultatet visade även att det fanns en signifikant interaktion mellan behandlingsform, depressionssymtom och social funktion över tiden. Upplevelsen av den sociala funktionen ökade de första sex månaderna efter hjärtstoppet för att sedan avstanna. Patienter som inte erhöll ICD som behandling upplevde en sämre social förmåga. Däremot visade studien att patienter som fick annan behandling upplevde en bättre livskvalitet överlag jämfört med dem som behandlats med en ICD. Van Alem, Wallewijn et al. (2004) påvisade att 13 % av 174 patienter hade en nedsatt psykosocial funktion vilket var relaterat till en försämrad kognitiv förmåga efter hjärtstoppet. I jämförelse med en frisk population gavs indikatorer att de som överlevt ett hjärtstopp upplevde en sämre livskvalitet. Wachelder et al. (2009) visade att majoriteten av patienterna som överlevt hjärtstopp hade ett lägre deltagande i sociala tillställningar än den övriga populationen. Män deltog i mindre utsträckning i samhället. Även ålder visade sig vara en signifikant orsak till sämre livskvalitet och social samvaro där sämre funktion uppvisades vid högre ålder. Moulaert et al. (2010) fann däremot i sin studie att livskvaliteten inte var relaterad till delaktighet i samhället.

Närståendes upplevelse av hur livet påverkades efter att en anhörig överlevt ett hjärtstopp

Hur livet påverkades fysiskt hos närstående

En studie (Dougherty & Thompson, 2009) där 100 närstående deltog beskrev att närstående till patienter som fått en ICD efter sitt hjärtstopp upplevde att deras fysiska hälsa försämrades under första året. De närstående uppgav högst andel fysiska symtom under tiden då deras partner var inneliggande på sjukhus. Det största fysiska symtomet var känslan att vara utsliten vilket redogjordes för hos 62 % av de närstående. Övriga symtom var huvudvärk (36 %), ryggvärk (33 %), illamående och orolig mage (28 %) samt muskelvärk (26 %). Efter 12 månader var känslan av att vara utsliten fortfarande det symtom som låg högst även om de flesta symtom minskade eller avtog under de första sex månaderna. Även i Dougherty et als. studie (2004) rapporterades att de närstående upplevde ett ändrat sömnmönster, trötthet och låg energinivå.

Hur livet påverkades psykiskt hos närstående

Rädsla, oro och ångest

Oron för det fysiska omhändertagandet av partnern var stort under det första året efter hjärtstoppet enligt Dougherty et al. (2004). Oron fokuserade främst på hanterandet av deras partners smärta, andning, hjärtats tillstånd, låga energinivå och trötthet. Efter tre månader framkom nya orosmoment i fråga om hur mycket fysisk ansträngning partnern kunde utöva, diet, viktkontroll och brist på motivation hos denne. Oenigheter om vilka aktiviteter partnern kunde utföra var vanligt förekommande. Detta bland annat på grund av att partnern ibland hade svårt att komma ihåg vilka riktlinjer som var rekommenderade av vårdpersonalen. Att vara tvungen att upprepa vad som hänt flera gånger upplevdes som en frustration hos de närstående då korttidsminnet hos partnern inte blivit bättre ett halvår efter hjärtstoppet. Allt eftersom uppmuntrade de närstående sin partner till mer självständighet och upptäckte att ökad aktivitet även ledde till en ökad energi och bättre humör hos denne. Att ta hand om sig själv, sin fysiska och mentala hälsa, att få tiden att räcka till och finna en mening med hjärtstoppet var några av de största orosmomenten de första sex månaderna. Efter de tre första månaderna kände de närstående sig oroliga, ängsliga och bekymrade över sin partner och resultatet av återhämtningen. Wachelder et al. (2009) visade att de närstående upplevde högre nivåer av stress och ångest efter sin partners hjärtstopp än patienterna själva. Cirka en av fem närstående upplevde en hög anspänning i sin roll som vårdgivare. Detta bekräftas i Dougherty

och Thompsons studie (2009) där de närstående uppvisade en mycket hög ångestnivå vid sin partners utskrivning från sjukhus. Ångestnivån var fortfarande förhöjd 12 månader senare. Resultatet visade även att trots detta ökade de närståendes psykiska välmående under det första året och depressionssymtomen likväl som ångestnivåerna minskade signifikant. Vid utskrivningen från sjukhuset försökte de anhöriga att ha en positiv och en hoppfylld attityd om sin partners tillfrisknande. Efter ett år rapporterade de närstående att denna inställning och att försöka se en ljus sida av sjukdomen var viktigt. Bremer, Dahlberg och Sandman (2009b) hävdade att de närståendes osäkerhet och känsla av ansvar för sin partner ledde till att de överbeskyddade denne. Det fanns ett behov av att prata om hjärtstoppet och de närståendes möjlighet att ge hjälp om ett nytt hjärtstopp skulle inträffa. Ångest upplevdes när de insåg hur nära döden deras partner varit. Att se sin partner må bra minskade närståendes oro och ångest. Hjärtstoppet påverkade de närståendes känsla av ett gott liv. De reflekterade över sin nya situation och nya, viktigare meningar om livet utvecklades. Detta gav de närstående mod att försöka slappna av och hitta lycka i det som tidigare setts som oviktigt

I en studie (O'Farrell, Murray & Hotz, 2000) av närstående till patienter som genomgick hjärtrehabilitering uppnådde två tredjedelar av de närstående kriterierna för psykisk påfrestning. Vanliga symtom var känslor av att vara spänd, sömnsvårigheter och att de kände sig lättsårade. De största stressfaktorerna var oro över behandling, läkning och prognos, partners lynnighet, om patienten skulle kunna arbeta och ekonomi, sexuella frågor samt partners hjälplöshet och de ökade omsorgsansvaret för den närstående. Den grupp som uppvisade psykisk påfrestning hade signifikant lägre medelålder än den andra gruppen ($51,9 \pm 9,9$ år, mot $55 \pm 10,5$ år). De närstående med psykisk påfrestning använde sig av olika copingstrategier. Dessa identifierades som undvikande, önsketänkande, självkritik och tillbakadragande.

Frågor om framtiden

Närstående beskrev hur hjärtstoppet upplevdes som ett hot som avbröt det vanliga livet och all känsla av normalitet försvann i en studie av Bremer et al. (2009b). Känslor av sårbarhet och maktlöshet var tydliga i samband med själva hjärtstoppet. När den akuta situationen var över utvecklades en oro för framtiden. Upplevelsen av hjärtstoppet skakade de närstående i grunden då de plötsligt såg livets sårbarhet och att livet inte längre var en självklarhet. Detta bekräftas av Dougherty och Thompson (2009) där det uttrycktes en rädsla för vad som kunde gå fel i framtiden och oron över att deras partner skulle avlida. Däremot visades i samma

studie (Dougherty & Thompson, 2009) att flera närstående uttryckte en optimism inför framtiden och för att så småningom återgå till en normal livsstil. De närstående fick ett nytt självförtroende i sina överlevnadsfärdigheter vilket vidare gav självkänsla att ta tag i utmaningarna att sörja för sin partner med en livshotande sjukdom. De planerade även för livets slutskede och tryckte sedan bort tankarna på döden för att istället leva i nuet samt strukturerade livet så det skulle vara så normalt som möjligt.

Känslor av skuld

I Bremer et als. studie (2009b) framkom att de närstående ofta skuldbelagde sig själva. De undrade om de hade kunna gjort något annorlunda i samband med själva hjärtstoppet eller om de på något sätt hade kunna förhindrat hela händelsen. Skuldbeläggningen minskade de närståendes självkänsla och minskade deras känsla av välmående

Hur livet påverkades socialt hos närstående

Känslor av isolering

De närstående hade svårt att lämna sin partner ensam och kände sig tvungna att övervaka denna på grund av rädsla för ett nytt hjärtstopp eller att ICD:n skulle göra ett tillslag (Dougherty et al., 2004). Detta var tydligt även tre månader efter hjärtstoppet. De närstående uttryckte vidare att det var viktigt för dem att få tid för sig själva emellanåt. Allteftersom deras partner började testa sina gränser för vad de klarade av kände de närstående sig frustrerade och rädda. Rädslan att lämna partnern ensam var tydlig även sex månader efter hjärtstoppet. De närstående fokuserade mycket på relationen med sina vuxna barn och andra familjemedlemmar. Vidare funderade de på hur de skulle kunna få hjälp av dessa utan att ge dem för stort ansvar.

Bremer et al. (2009b) ansåg att de närstående skyddade sin partner genom att försöka dölja sin oro. De sköt undan sina egna problem vilket ledde till en känsla av ensamhet samt ökade det egna lidandet. Av rädsla för att uppröra sin partner höll de närstående sina känslor och tankar för sig själva. Att inte ha någon att prata med gav närstående en känsla av ensamhet.

” You´ve felt alone [the voice cracks] I think. [Interviewer: Lonely? How?] Yes, but I didn´t want to upset the children either [cries]. That, I think has been....And then you don´t want to make him [the survivor] worried either, that you´re worried. You´ve, you´ve kept that to yourself.” (Bremer et al., 2009b, s. 1415)

Detta resultat bekräftas i Dougherty et als. studie (2004) där flertalet närstående antog att dela starka känslor, positiva eller negativa, med sin partner kunde orsaka att ICD:n skulle ge tillslag. Detta ledde till att de närstående blev lämnade ensamma med sina upplevelser utan att ha någon som lyssnade eller gav stöd. De kände sig överväldigade av ansvar och den ökade arbetsbördan och upplevde sig socialt isolerade från vänner.

Hjärtstoppets påverkan på familjefunktionen

I Dougherty och Thompsons studie (2009) beskrevs att familjeförhållandena vid utskrivning från sjukhuset påverkades på flera sätt. De största områdena var att skydda sin partner gentemot stress, hjälpa denna med behandling och oro över att partnern inte skulle svara på behandling. Vidare rapporterades de närstående ha en ökad känslighet för humörsvängningar hos partnern och dennes behov av ett ökat emotionellt stöd. Familjefunktionen ökade signifikant från utskrivning och under det första året. Även känslan av samhörighet ökade signifikant över tiden. Resultatet visade dock att effekten av hjärtstoppet bidrog till en ökad belastning på äktenskapet. Det sociala stödet upplevdes särskilt lågt av närstående under det första året efter hjärtstoppet.

De närstående oroade sig även för hjärtstoppets inverkan på deras intima relation. En månad efter hjärtstoppet upplevde överlevaren ilska och frustration mot sin partner. Närstående uppfattade detta som en reflektion av återhämtningen efter hjärtstoppet. Flera närstående förmedlade att hjärtstoppet hade fört dem närmre varandra som ett par även om känslor av stress, ilska och att inte ha kontroll var vanligt. De närstående upplevde även att deras partner inte hade någon förståelse för hur hjärtstoppet påverkat även dem (Dougherty et al. 2004).

I O'Farrell et als. studie (2000) rapporterade de närstående som var psykiskt påfrestade en signifikant lägre upplevelse av intimitet i sitt äktenskap. Likaså var upplevelsen av familjefunktionen signifikant lägre. De närstående med barn under 16 år uppvisade sig betydligt mer psykiskt påfrestade.

Ekonomi

Enligt Dougherty et al. (2004) kände sig de närstående oroliga över hur patientens hjärtstopp skulle påverka familjens ekonomi. De uttryckte även en oro över hur de skulle klara av att betala räkningar när patienten inte kunde arbeta i samma utsträckning. Denna oro avtog efter ett år och var inte längre högprioriterat.

Tabell 3 Artiklar som föreligger resultatet

Författare Land År	Titel	Syfte	Metod	Urval (Bortfall)	Resultat	Kvalitetsgrad
Bremer, A., Dahlberg, K., Sandman, L. Sverige 2009a	To Survive Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Search for Meaning and Coherence	To describe patients' experiences of surviving out-of-hospital cardiac arrest (OHCA), focusing on how OHCA influenced their wellbeing over time	En kvalitativ, deskriptiv och explorativ design med kvalitativ ansats.	9 informanter	Hjärtstoppet beskrevs som ett plötsligt hot, minnesstörningen som en förlust av sammanhang. Överlevnad inbegrep att söka efter ett sammanhang med plågsamma och glädjande insikter likväl som en existentiell osäkerhet. Välmående hittades i en känsla av sammanhang och mening i livet.	Hög
Bremer, A., Dahlberg, K., Sandman, L. Sverige 2009b	Experiencing Out-of-Hospital Cardiac Arrest: Significant Others' Lifeworld Perspective	Describe the experiences of significant others present at the OHCA, focusing on ethical aspects and values.	En deskriptiv, explorativ fenomenologisk studie med en kvalitativ ansats.	7 informanter	De närstående upplevde sig otillräckliga vid hjärtstoppet och pendlade mellan hopp förtvivlan. De kände en osäkerhet inför framtiden.	Hög
Dougherty, C. M., Thompson, E. A.	Intimate Partner Physical and Mental	To describe the physical and mental health of the intimate	Prospektiv longitudinell studie. Kvantitativ ansats	n = 127	Närståendes fysiska hälsa, symtom och depression	Hög

USA 2009	Health After Sudden Cardiac Arrest and Receipt of an Implantable Cardioverter Defibrillator	partners of persons receiving an ICD.	med frågeformulär: SF-12 ¹ , DOI-P ² , STAI ³ , CES-D ⁴ , MIS ⁵ , DCI ⁶	(27)	avtog signifikant första året. Även om ångest minskade signifikant var den fortfarande hög efter ett år.		
USA 2004	Dougherty, C. M., Pyper, G. P., Benoliel, J. Q. Domains of Concern of Intimate Partners of Sudden Cardiac Arrest Survivors After ICD Implantation	(1) To describe the domains of concern of intimate partners of sudden cardiac arrest (SCA) survivors during the first year after ICD implantation and (2) outline strategies used by partners of SCA survivors in dealing with the concerns and demands of recovery in the first year after ICD-implantation.	En sekundär analys av en tidigare studie (Family Experience following cardiac arrest). Kvalitativ ansats.	15 informanter	Åtta områden med ökad oro identifierades: omsorg av partnern, egenvård, relationen, ICD, ekonomi, frågor om framtiden, kontakt med sjukvården och familjen.	Hög	
	Gamper, G., Willeit, M., Sterz, F., Herkner, H., Soufaly, A., Hornik, K., Havel, C.,	Life after death: Posttraumatic stress disorder in survivors of cardiac arrest – Prevalence, associated factors,	To investigate the prevalence of PTSD in long-term cardiac arrest survivors, investigate factors related to the occurrence of PTSD, and examine the effect of sedation	Prospektiv kohort studie med kvantitativ ansats. DTS ⁷ , EQ-5D ⁸	n =152 (9)	PTSD var vanligt förekommande hos nästan en tredjedel av patienterna. Dessa hade signifikant lägre livskvalitet, fysisk aktivitet och högre del somatiska	Hög

¹ Short Form Health Survey

² Demands of Illness-Partner scale

³ State-Trait Anxiety Inventory

⁴ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

⁵ Mutual and Interpersonal Sensitivity scale

⁶ Demands of Caregiving Inventory scale

⁷ Davidson Trauma Scale

⁸ EuroQol questionnaire

Lagner, A. N. Österrike 2004	and the influence of analgesia	and analgesia on the subsequent development of PTSD.			problem. Seding eller smärtlindring i samband med hjärtstoppet hade ingen signifikant effekt på välmående efteråt.	
Harve, H., Tiainen, M., Poutiainen, E., Maunu, M., Kajaste, S., Roine, R. O., Silvfast, T. Finland 2007	The functional status and perceived quality of life in long-term survivors of out-of-hospital cardiac arrest	To determine perceived quality of life 15 years after successful resuscitation from OHCA as a result of ventricular fibrillation.	Uppföljningsstudie med kvantitativ ansats. En neuropsykologisk bedömning, en klinisk neurologisk undersökning samt per intervju. Deltagarna fick även svara på frågeformulär: WMS ⁹ , WAIS ¹⁰	n =11 (1)	Alla tio patienter levde i hemmet och var oberoende i sitt ADL. Milda kognitiva problem fanns hos fyra patienter och samtliga patienter utom en upplevde sin livskvalitet som god.	Hög
Kamphuis, H. C. M., De Leeuw, J. R. J., Derksen, R., Hauer, R., Winnubst, J. A. M. Nederländerna	A 12-month quality of life assessment of cardiac arrest survivors treated with or without an implantable cardioverter defibrillator	To assess the quality of life and well-being of cardiac arrest survivors who have received an ICD or other treatment.	En prospektiv studie med kvantitativ ansats. Deltagarna fick fylla i sammanlagt fyra frågeformulär: Rand-36 ¹¹ , HPPQ ¹² , CES-D ¹³ , STAI ¹⁴	n =168 (35)	Förekomsten av ångest och depression var hög hos dem som överlevt hjärtstopp. Depression påverkade den sociala funktionen. Patienter med ångest upplevde att hälsan inte blev bättre. Livskvaliteten blev inte påverkad beroende på vilken	Medel

⁹ Wechsler Memory Scale

¹⁰ Wechsler Adult Intelligence Scale

¹¹ Rand 36-item Health Survey

¹² Heart Patients Psychological Questionnaire

¹³ Center for Epidemiological Studies Depression Scale

¹⁴ State-Trait Anxiety Inventory

2002					behandling som gavs.	
Lundgren-Nilsson, Å., Rosén H., Hofgren, C., Stibrant Sunnerhagen, K. Sverige 2005	The first year after successful cardiac resuscitation: Function, activity, participation and quality of life.	To assess cognitive function, activities of daily living and living situation longitudinally up to one year after cardiac arrest.	Longitudinal studie med kvantitativ ansats Patienterna utvärderades via NIHSS ¹⁵ , MMSE ¹⁶ , FIM ^{TM17} och IAM ¹⁸	n = 51 (25)	Den mesta förbättringen avseende ADL-förmågan skedde de första 45 dagarna. Livskvaliteten var sämre vid första undersökningen men ökade successivt under året.	Hög
Moulaert, V. R. M. P., Wachelder, E. M., Verbunt, J. A., Wade, D. T., van Heugten, C. M. Nederländerna 2010	Determinants of quality of life in survivors of cardiac arrest	To study factors related to quality of life after a hypoxic period due to cardiac arrest.	Retrospektiv kohort studie med kvantitativ ansats. Deltagarna fick fylla i ett antal frågeformulär: SF-36 ¹⁹ , CIQ ²⁰ , BI ²¹ , FAI ²² , CFQ ²³ , HADS ²⁴ , IES ²⁵ , FSS ²⁶	n = 88 (25)	Livskvaliteten var relaterad till och påverkades negativt av kognitiva besvär, trötthet, ångest/depression, PTSD och svårigheter med ADL-förmågan.	Hög

¹⁵ National Institute of Health Stroke Scale

¹⁶ Mini Mental State Examination

¹⁷ The Functional Independence Measure

¹⁸ Instrumental Activity Measure

¹⁹ Short Form Health Survey

²⁰ The Community Integration Questionnaire

²¹ The Barthel Index

²² The Frechay Activities Index

²³ The Cognitive Failures Questionnaire

²⁴ The Hospital Anxiety and Depression Scale

²⁵ The Impact of Event Scale

²⁶ The Fatigue Severity Scale

O'Farrell, P., Murray, J., Hotz, S. B. Kanada 2000	Psychologic distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation	To describe the needs of spouses with respect to possible interventions.	En tvärsnittsanalys med kvantitativ ansats. Deltagarna fick svara på ett antal olika frågeformulär: BSI ²⁷ , GSI ²⁸ , HDHS ²⁹ , CSI ³⁰ , MIS ³¹ , MFAD ³²	n = 619 (477)	Majoriteten av makarna uppfyllde kriterierna för ångest. De flesta symtomen var att de kände sig spända, hade svårt att sova och att de kände sig lättsårade.	Hög
O'Reilly, S. M., Grubb, N., O'Carroll, R. E. England 2004	Long-Term emotional consequences of in-hospital cardiac arrest and myocardial infarction	(1)To compare the prevalence and severity of emotional disability in survivors of cardiac arrest (CA) who suffered an myocardial infarction (MI) but no CA, (2) to assess both groups for the symptoms of PTSD, and (3) to assess the validity of a self-report measure for PTSD with a cardiac population.	Case-controlled studie med kvantitativ ansats. Samtliga patienter fick svara på frågeformulär och delta i strukturerade intervjuer. IES ²⁵ , HADS ²⁴ , PTDS ³³ , SCID ³⁴	n = 39 (12)	De flesta patienterna rapporterade höga nivåer inom välmåendet. Nitton procent av hjärtstoppsspatienterna och sju procent av hjärtinfaktpatienterna uppfyllde kriterierna för PTSD.	Hög
Saner, H., Borner Rodriguez, E., Kummer-Bangerter, A., Schüppel, R.,	Quality-of-life in long-term survivors of out-of-hospital cardiac arrest	To evaluate long-term quality of life and psychosocial situation in out-of-hospital cardiac arrest patient after	Retrospektiv studie med kvantitativ ansats. Deltagarna blev intervjuade samt fick	n = 50 Kontrollgrupp:	Livskvaliteten var associerad till vissa psykosociala förändringar. De subjektiva negativa faktorerna av	Hög

²⁷ The Brief System Inventory

²⁸ The Global Severity Index

²⁹ The Heart Disease Hassles Scale

³⁰ The Coping Strategies Inventory

³¹ The Miller Intimacy Scale

³² McMaster Family Assessment Device

³³ The Post-traumatic Diagnostic Scale

³⁴ Structured Clinical Interview for the Diagnostic and statistical manual

von Planta, M. Schweiz 2002		successful resuscitation.	svara på frågeformulär: The Self Assessment Test, Nottingham Health Profile, The Psychological General Well-being Index, The Everyday-Life Questionnaire	n =50	hjärtstoppet hade en liten effekt på livsvaliteten i det dagliga livet.	
van Alem, A., de Vos, R., Schmand, B., Koster, R. Nederländerna 2004	Cognitive impairment in survivors of out-of- hospital cardiac arrest.	To investigate cognitive functioning of out-of-hospital cardiac arrest survivors in relation to the time-related elements of the resuscitation.	Prospektiv kohort studie med kvantitativ ansats. Deltagarna fick utföra en neuropsykologisk undersökning.	n =72 (15)	Mellan 11 och 28 % hade en försämrad kognitiv funktion emedan 58 % hade en oförminskad funktion i alla test, dock upplevde 19 % av de överlevande en viss restriktion i det dagliga livet.	Hög
van Alem, A. P., Waalewijn, R. A., Koster, R. W., de Vos, R. Nederländerna 2004	Assessment of Quality of Life and Cognitive Function After Out-of- Hospital Cardiac Arrest With Successful Resuscitation	To Investigate injury after OHCA, and to which extent the quality of the chain of survival was associated with quality of life if patients, when their characteristics were taken into account.	Prospektiv enkätstudie med kvantitativ ansats. Alla deltagare fick svara på ett frågeformulär, SIP ³⁵ samt genomgå MMSE ³⁶	n =227 (53)	Majoriteten av patienterna var oberoende av hjälp från andra. Kvinnligt kön var en oberoende orsak till sämre fysisk funktion. Patienter som inte behövde IVA-vård efter hjärtstoppet hade signifikant bättre kognitiva resultat.	Hög
Wachelder, E. M., Moulaert, V. R. M.P, van Heugten C., Verbunt, J. A., Bekkers, S. C. A.	Life after survival: Long-term daily functioning and quality of life after an out-of-hospital	To determine the level of functioning of out-of-hospital cardiac arrest survivors 1-6 years later, and to evaluate the predictive value of medical	En retrospektiv kohort studie med kvantitativ ansats. Samtliga deltagare fick	n = 63 patienter (25) n = 42	Många patienter och närstående stötte på omfattande försämringar i sin funktionsnivå och i sin livskvalitet. Kön, ålder och	Hög

³⁵ Sickness Impact Profile

³⁶ Mini Mental State Examination

M., Wade, D. T. Nederländerna 2009	cardiac arrest	variables on long-term functioning.	svara på ett antal frågeformulär: FSS ³⁷ , CFQ ³⁸ , IES ³⁹ , BI ⁴⁰ , FAI ⁴¹ , CIQ ⁴² , SF-36 ⁴³ , CSI ⁴⁴	närstående	PCI var associerad till skillnader i långtidfunktionen hos patienterna.	
--	----------------	-------------------------------------	--	------------	---	--

³⁷ Fatigue Severity Scale

³⁸ The Cognitive Failures Questionnaire

³⁹ The Impact of Event Scale

⁴⁰ The Barthel Index

⁴¹ The Frechay Activities Index

⁴² The Community Intergration Questionnaire

⁴³ The 36-item short form health survey

⁴⁴ The Caregiver Strain Index

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultatet

Syftet med litteraturstudien var att undersöka hur livskvaliteten påverkades hos patienter och hur livet påverkades hos närstående efter ett hjärtstopp. Resultatet visade att livskvaliteten hos patienten och att närståendes liv påverkades inom flera olika områden.

Studier (Dougherty et al., 2004; Gamper et al., 2004; Kamphuis et al., 2002; Moulaert et al., 2010; Saner et al., 2002; Van Alem, Waalewijn et al., 2004) påvisade att ADL- och/eller den fysiska förmågan var försämrade. Det fanns skillnader i uppfattning om livskvalitet och ADL-förmåga vid olika behandlingsformer efter hjärtstoppet (Wachelder et al., 2009; Kamphuis et al., 2002; Bremer et al., 2009a). Att överleva ett hjärtstopp gav en ökad trötthet hos patienterna vilket påverkade livskvaliteten negativt (Wachelder et al., 2009; Saner et al., 2002; Moulaert et al., 2010). PTSD var vanligt förekommande hos patienter efter hjärtstopp (Gamper et al., 2004; Moulaert et al., 2010; O'Reilly et al., 2004), liksom oro, ångest och depression (Bremer et al., 2009a; Kamphuis et al., 2002; Moulaert et al., 2010; O'Reilly et al., 2004; Wachelder et al., 2009). Även närstående rapporterade både fysiska och psykiska symtom (Dougherty & Thompson, 2009; Dougherty et al., 2004; O'Farrell et al., 2000).

Flera närstående upplevde att familjefunktionen förbättrades tiden efter hjärtstoppet (Dougherty et al., 2004; Dougherty & Thompson, 2009). Sociala relationer var viktigt och en ökad livskvalitet upplevdes i relationer med närstående. Känslor av tacksamhet och skuld var vanligt efter hjärtstopp (Bremer et al., 2009a).

Kvinnor upplevde sin sociala funktion sämre än män (Moulaert et al., 2010). Flera närstående kände sig isolerade och ensamma då rädslan att uppröra sin partner gjorde att de höll problem för sig själva (Dougherty et al., 2004, Bremer et al., 2009b).

Resultatdiskussion

Föreliggande litteraturstudie har visat att livskvaliteten blev påverkat hos patienter som överlevt hjärtstopp och att närståendes liv påverkades ur ett *fysiskt, psykiskt* och *socialt* perspektiv.

Skillnader avseende ADL-förmåga och fysisk rörlighet framkom i flertalet studier (Dougherty et al., 2004; Harve et al., 2007; Lundgren-Nilsson et al., 2005; Saner et al., 2002; van Alem, de Vos et al., 2004; van Alem, Waalewijn et al., 2004). Flera studier (Dougherty et al., 2004;

Dougherty & Thompson, 2009; Gamper et al., 2004; Saner et al., 2002;) exkluderade patienter med grövre kognitiva svårigheter efter hjärtstoppet vilket möjligtvis påverkar skillnader i resultaten. Detta torde även kunna ge skillnader i uppfattning om livskvalitet. I Saner et als. (2002) studie menades att patienterna upplevde en generellt god livskvalitet efter hjärtstoppet medan van Alem, Waalewijn et al. (2009) fann att patienterna upplevde en sämre livskvalitet efter hjärtstoppet. Denna skillnad skulle eventuellt kunna förklaras av att Saner et al. (2002) exkluderade de patienter med större kognitiv påverkan efter hjärtstoppet.

Intressant kan tyckas vara att patienter som fått ICD som behandling efter hjärtstoppet avstod fysiska aktiviteter av rädsla efter att de fått ett tillslag (Dougherty et al., 2004) samt upplevde även en sämre livskvalitet överlag än de som fått annan behandling (Kamphuis et al., 2002). De nationella riktlinjerna för hjärt- och kärlsjukdomar (Socialstyrelsen, 2008) rekommenderar att patienter som överlevt hjärtstopp på grund av arytmier bör erbjudas ICD-behandling. Detta undantaget om det finns faktorer som gör denna behandling olämplig, till exempel en märkbar begränsning av livskvalitet. Det kan anses att denna behandling bör diskuteras grundligt med både patienter och närstående innan den sätts in. Detta för att öka dennes förståelse för vad det innebär, både fördelar och nackdelar. Detta stöds av Carlsson, Olsson och Hertervig (2002) vars resultat visade att patienter som fått ICD var gynnade av utökad information om deras tillstånd. Upprepad kontakt med sjuksköterskor även efter hemgång var viktigt för patientens välmående. Dock framkom i Dougherty, Benoliel och Bellins studie (2002) att standardiserade utbildningsprogram efter ICD implantation ofta kom till korta bland annat beroende av följande orsaker: Informationen ges vid fel tidpunkt (under sjukhusvistelsen då patienten hade en hög ångestgrad och korttidsminnet var påverkat), brist på enhetlig information efter utskrivning och omfattningen av de pedagogiska målen samt bristen på psykologiskt stöd till patienter som överlevt hjärtstopp. Uppenbart kan tyckas vara att det finns ett behov av samtal och utbildning för patienter och dess närstående för att öka deras välmående, känsla av trygghet och livskvalitet.

PTSD var vanligt förekommande efter hjärtstopp enligt två studier (Gamper et al., 2004; O'Reilly et al. 2004). Det anses att denna grupp av patienter förmodligen rymmer ett stort mörkertal då dessa patienter hellre antas lida av ångest och depression. Gamper et al. (2004) menade att prevalensen av depression var stor hos patienter med PTSD efter hjärtstopp. Sjuksköterskan har en stor roll i att försöka fånga upp denna grupp av patienter för att kunna förmedla dem till andra instanser där de kan få rätt hjälp. Detta verifieras i O'Reillys et al.

studie (2004) vilken hävdade att det var viktigt att upptäcka dessa patienter för att förbättra möjligheten till en god hälsa. Överraskande kan tyckas vara att Moulaert et al. (2010) hävdade att PTSD endast var korrelerad till den fysiska upplevelsen av livskvalitet medan Michel et al. (2001) menade på att PTSD ofta ledde till en existentiell problematik. Detta framkom även hos Gamper et al.(2004) där patienterna med PTSD visade minskad livskvalitet inom alla områden. Att öka medvetenheten hos sjuksköterskor om att denna problematik finns borde därför i förlängningen minska risken för sämre livskvalitet hos patienter efter hjärtstopp.

Mindre överraskande är dock att ångest och depression visade sig vara kraftigt korrelerat till den psykiska upplevelsen av livskvaliteten hos patienter efter hjärtstopp (Moulaert et al., 2010). Oro, ångest och depression var tydligt i flera studier hos patienter (Bremer et al., 2009a; Kamphuis et al. 2002; Wachelder et al., 2009). Ökad ångest och depressionsbesvär kan anses leda till tätare sjukhusbesök samt hindra både det fysiska och själsliga läkandet. Detta kan även anses minska upplevelsen av livskvalitet. Det kan därför tyckas vara viktigt att som sjuksköterska informera patienterna och deras närstående om vilka symtom, fysiska och psykiska, som kan väntas tiden när de kommer hem. Detta stöds av Kamphuis et al. (2002) vilka hävdade att vården borde identifiera, uppmärksamma och ge mer stöd till dessa patienter. Även Moulaert et al. (2010) föreslog att rehabiliteringsprogram som fokuserar på dessa områden borde utvecklas. Att rutinmässigt erbjuda kuratorskontakt till dessa patienter och deras närstående torde kunna bidra till att finna dessa patienter i tid och i förlängningen öka deras livskvalitet. Det kan därför anses att detta borde finnas med i sjukvårdens rutiner vid hjärtstopp. Detta följer ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2007) där de grundläggande områdena inte bara innebär att återställa hälsa utan även att lindra lidande. Att som sjuksköterska möta en patient på ett öppet och respektfullt sätt kan bidra till att patienten trots sin sjukdom kan finna en mening i tillvaron (Svensk sjuksköterskeförening, 2009).

Lundgren-Nilsson et al. (2005) menade att information till närstående om vad som kunde väntas i förhållande till förbättring inom ADL borde förmedlas så att de lättare kunde planera tillvaron därefter. Kognitiva- och minnessvårigheter kan ofta vara bestående trots att ADL förmågan förbättras (Fredriksson et al., 2006). Att närstående ges möjlighet att planera tillvaron, eventuellt med hjälp av kommunala insatser, måste därför anses som en vinst för både dem och patienten och således öka livskvaliteten hos båda parter. Enligt socialtjänstlagen (SoL, 2001:453, kap. 5, 10 §) ska socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta för närstående som vårdar en anhörig som är långvarigt sjuk eller äldre. Det kan

anses att information om stöd från kommunen inte framkommer till de närstående och att de därför känner sig utelämnade till övrig familj och vänner att få hjälp. Att närstående upplevde ett lågt socialt stöd och isolerades från vänner framkom i Dougherty et al., (2004) och Dougherty och Thompsons (2009) studier. Närstående kan anses ofta bli utelämnade i denna situation, att deras oro och ångest inte bejakas tillräckligt och därför om möjligt även ökar deras känslor och upplevelser. Enligt Wachelder et al. (2009) upplevde närstående högre nivåer av stress och ångest än patienterna själva. Bremer et al. (2009b) menade att det är mycket viktigt att förstå de närståendes situation för att på bästa sätt möta deras behov. Möjligtvis skulle närstående växa i och hantera situationen lättare om särskilda grupper för närstående till patienter med livshotande sjukdom fanns. Där skulle deras oro och ångest kunna ventileras och därmed kanske minska. Detta rekommenderades även i O'Farrells et al. (2000), Dougherty och Thompsons (2009) och Dougherty et al. (2004) studier. Weslien, Nilstun, Lundqvist och Fridlund (2005) hävdade i sin studie att det var av yttersta vikt att närstående återfick känslan av stabilitet och att det låg i vårdpersonalens roll att guida dem rätt.

Metoddiskussion

Föreliggande studie genomfördes som en systematisk litteraturstudie. Artiklar söktes på Högskolan Dalarnas bibliotek samt vid Falu Lasarettets bibliotek. Sökdata-baser som användes var PubMed, CINAHL och Medline. Sökorden togs fram via svensk meSH och kan därför anses vara av tillräcklig bredd. Vid sökningar med olika sökord återkom flera artiklar vilket kan anses som en styrka då sökorden då kan anses vara relevans. Valet av att använda sökordet patient* kan försvaras av att sökresultatet begränsades genom att lägga till ytterligare sökord för att minska antalet sökträffar. Medvetenhet fanns dock om att sökresultatet kunde bli mycket stort och ledde till att de 100 första titlarna lästes för att minimera risken att missa studier av relevans för resultatet. Artiklar skrivna på andra språk än engelska exkluderades på grund av språkbarriärer och kan möjligtvis ha gett ett bortfall av relevanta artiklar. Vidare skulle studierna vara utförda i Europa eller Nordamerika och studier från övriga kontinenter exkluderades. Möjligtvis kan även detta ha gett ett bortfall av artiklar. Andra kontinenter kan möjligtvis ha en annan syn på livet och livskvalitet och resultatet kan därför vara svårt att överföras till den svenska kulturen. Under litteratursökningen framkom att relativt få studier som speglade syftet och frågeställningarna var utförda hos de närstående vilket kan försvåra att dra slutsatser utifrån deras perspektiv. Slutligen användes totalt 15 artiklar i resultatet. Både kvalitativa och kvantitativa studier valdes ut. Samtliga artiklar kvalitetsbedömdes enligt

modifierade granskningsmallar av Forsberg och Wengström (2006) samt Willman, Stoltz och Bahtsveni (2006) för att säkerställa den vetenskapliga kvaliteten hos artiklarna. Granskningen fick till följd att artiklar med låg kvalitetsgrad och vilka inte svarade på syftet och frågeställningarna (20 stycken) sållades bort och användes således inte i resultatet. Samtliga artiklar skulle vara publicerade mellan 2000-2012. Detta anses som en styrka då artiklarnas resultat baseras på relativt ny forskning. Det framkom inte i alla artiklar om studierna var sanktionerade och godkända av en etisk prövningsnämnd. Dock är kravet för att publiceras i en vetenskaplig tidskrift att ett etiskt godkännande finns och det kan då förutsättas att samtliga artiklar genomgått etisk prövning (International Committee of Medical Journal Editors, 2009). Samtliga artiklar var skrivna på engelska. Intentionen med arbetet var att tolka och översätta lästa artiklar på ett objektivt och korrekt sätt. Medvetenhet finns dock för att förbistringar i det engelska språket kan ha bidragit till en omedveten feltolkning av resultatet. För att minimera feltolkningar i de citat som ingått i denna litteraturstudie har dessa citerats ordagrant från valda artiklar. De vetenskapliga artiklarna som använts är utförda på små populationer och i vissa fall med stora bortfall. Detta anses vara svårt att förekomma då mortaliteten vid hjärtstopp är hög och att många patienter hinner avlida innan studien påbörjas. Stora bortfall har därför accepterats och inte bedömts påverka resultatet av litteraturstudien. Däremot kan det, på grund av antalet deltagare i de valda studierna, vara svårt att generalisera och överföra resultatet till en större population.

Konklusion/Slutsats

Att överleva ett hjärtstopp påverkar patientens livskvalitet både fysiskt, psykiskt och socialt. Att bejaka dennes livsvärld och uppfattning om livskvalitet ger en stark grund för en fortsatt god omvårdnad. Att som sjuksköterska möta och respektera patienten som en individ och inte som en sjukdom måste anses viktigt. Ett hjärtstopp drabbar inte bara patienten utan även närstående berörs i hög grad. En strävan efter att synliggöra dem som står patienten nära borde vara en grundstolpe inom vården och omvårdnaden bör inte endast riktas mot patienten utan även de närstående. Både patienter och närstående skulle vara behjälpliga av stöd och vägledning tiden efter hjärtstopp så att de i största möjliga mån kan känna sig trygga på den nya väg livet tagit dem.

Förslag till vidare forskning

Intressant skulle vara att undersöka om depression, ångest och oro bidrar till ökade vårdtillfällen samt att se om livskvaliteten ökad av att finna dessa patienter i tid. Fler studier angående närståendes livskvalitet efter en partners hjärtstopp torde även kunna vara av

intresse då närstående har en stor del i patienternas tillfrisknande. Dessa studier borde ha både kvalitativa och kvantitativa ansatser för att få en ökad bredd i kunskapen. Önskvärt vore flera studier med syfte att undersöka sjuksköterskors roll i tillfrisknandet efter hjärtstopp samt hur närstående upplever sjuksköterskans bemötande efter hjärtstopp. Att som sjuksköterska få styrdokument över hur både patienter och närstående påverkas efter hjärtstopp borde kunna öka kvaliteten på vården och ge dessa personer en ökad känsla av att deras problem tas på allvar.

REFERENSLISTA

Andersson, B. (2011). Överlevnad efter hjärtstopp; Avsedd för vårdpersonal. [Broschyr]
Hämtad 8 februari, 2012, från
http://www.hlr.nu/sites/hlr.nu/files/attachment/_överlevnad%20efter%20hjärtstopp.pdf

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

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

Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L. (2009b). Experiencing Out-of-Hospital Cardiac Arrest: Significant Others' Lifeworld Perspective. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1407-1420. doi: 10.1177/1049732309348369

Brolin, M., Calleberg, P. & Westrell, M. (2011). *Krishantering i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur

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

Brülde, B. (2007). *Lycka och lidande: Begrepp, metod och förklaring*. Danmark: Scangraphic

Bunch, T. J., White R. D., Gersh, B. J, Meverden, R. A., Hodge, D. O., Ballman, K. V., ... & Packer, D. L. (2003). Long-term Outcomes of OHCA after successful early defibrillation. *The New England Journal of Medicine*, 348(26), 2623-2633

Carlsson, E., Olsson, S. B., Hertervig, E. (2002). The Role of the Nurse in Enhancing Quality of Life in Patients With an Implantable Cardioverter Defibrillator: The Swedish Experience. *Progress in Cardiovascular NURSING*, Winter, 18-25.

Cowan, M. J., Pike, K. C., Budzynski, H. K. (2001). Psychosocial Nursing Therapy Following Sudden Cardiac Arrest: Impact on Two-Year Survival. *Nursing Research*, 50(2), 68-76.

Dougherty, C. M., Benoliel, J. Q. & Bellin, C. (2002). Domains of nursing intervention after sudden cardiac arrest and automatic internal cardioverter defibrillator implantation. *Heart & Lung*, 29(2), 79-86. doi: 10.1067/mhl.2000.105759

Dougherty, C. M., Pyper, G. P. & Benoliel, J. Q. (2004). Domains of Concern of Intimate Partners of Sudden Cardiac Arrest Survivors After ICD Implantation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1), 21-31.

Dougherty C. M. & Thompson, E. A. (2009). Intimate Partner Physical and Mental Health After Sudden Cardiac Arrest and Receipt of an Implantable Cardioverter Defibrillator. *Research in Nursing & Health*, 32, 432-442. doi: 10.1002/nur.20330

Foa, E. B., Davidson, J. R. T., Frances, A. (1999). Expert Consensus Guidelines Series. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(16).

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Falun: ScandBook AB.

Fredriksson, M., Aune, S., Thorén, A-B. & Herlitz, J. (2006). In-hospital cardiac arrest-An Utstein style report of seven years experience from the Sahlgrenska University Hospital. *Resuscitation*, 68, 351-358. doi: 10.1016/j.resuscitation.2005.07.011

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

Harve, H., Tiainen, M., Poutiainen, E., Maunu, M., Kajaste, S., Roine, R. O. & Silvfäst, T. (2007). The functional status and perceived quality of life in long-term survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 51, 206-209. doi: 10.11117j.1399-6576.2006.01214.x

Herlitz, J. (Red). (2011). *Nationellt register för hjärtstopp*. Hämtat 24 januari, 2012, från <http://www.hlr.nu/start/forskning/hjartstopp-utanfor-sjukhus>

HLR-rådet. (u.å). *Skillnad hjärtstopp och hjärtinfarkt*. Hämtad 10 februari, 2012, från Svenska rådet för hjärt- lungräddning. <http://www.hlr.nu/skillnad-hjartstopp-och-hjartinfarkt>

Holmberg, S. (2002). Arytmier; Hjärtstopp. Wallentin, L. (Red.). *Akut kranskärlssjukdom*. 2:a uppl., s. 139-146. Örebro: Ljungföretagen Tryckeri

International Committee of Medical Journal Editors. (2009). Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publications. Hämtad 3 juni från <http://www.icmje.org/>

International Council for Nurses. (2007). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad 8 februari från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Jonsson, P. (2005). *Stress vid kriser: Grundläggande psykotraumatologi och praktisk krishantering*. Stockholm: Pointline/Brolins Offset

Kamphuis, H. C. M., De Leeuw, J. R. J., Derksen, R., Hauer, R. & Winnbust J. A. M. (2002). A 12-month quality of life assessment of cardiac survivors treated with or without an implantable cardioverter defibrillator. *Europace*, 4, 417-425. doi: 10.1053/eupc.2002.0258

Larsolt, G. (2010). *Aktiviteter i det dagliga livet steg 2. Instrumentell ADL*. Hämtad 29 april, 2012, från Örebro läns landsting, <http://www.hinfo.se/nyhjmguide/Step.aspx?StepID=4&Text=Aktiviteter%20i%20dagliga%20livet&StairsID=4&Start=&StartStairs=>

Lundgren-Nilsson, Å., Rosén, H., Hofgren, C. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2005). The first year after successful cardiac resuscitation: Function, activity, participation and quality of life. *Resuscitation*, 66, 285-289. doi: 10.1016/j.resuscitation.2005.04.001

Michel, P-O., Lundin, T. & Otto, U. (2001). *Psykotraumatologi; Bedömning, bemötande och behandling av stresstillstånd*. Lund: Studentlitteratur

Moulaert, V., Verbunt, J. A., Bakx, W., Gorgels, A., de Krom, M., Heuts, P., ... & 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), 867-869. doi:10.1177/0269215511399937

Moulaert, V. R. M. P., Wachelder, E. M., Verbunt, J. A., Wade, D. T. & van Heugten, C. M. (2010). Determinants of quality of life in survivors of cardiac arrest. *Journal of rehabilitation Medicine*, 42, 553-558. doi: 10.2340/165001977-0547

- O'Farrell, P., Murray, J. & Hotz, S. B. (2000). Psychologic distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation. *Heart & Lung* 29(2), 97-104. doi:10.1067/mhl.2000.105753
- O'Reilly, S. M., Grubb, N. & O'Carroll, R. E. (2004). Long-term emotional consequences of in-hospital cardiac arrest and myocardial infarction. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 83-96.
- Polit, D. E. & Beck Tatano, C. (2008). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* 8:e uppl. Lippincott Williams & Wilkins.
- Rostøen, T. (2003). Livskvalitet. Reitan A-M., Schölberg, T. Kr. (Red.). *Onkologisk omvårdnad; Patient – problem – åtgärd* 1:a uppl., s 37-43 (L. Jones, övers). Stockholm: Liber
- Saner, H., Borner Rodriguez, E., Kummer-Bangerter, A., Schüppel, R. & von Planta, M. (2002). Quality of life in long-term survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 55, 7-13.
- Socialstyrelsen. (2008). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård*. Hämtad 5 februari, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-102-7>
- SoL 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Hämtad 3 maj, 2012, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2008). Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete [Broschyr]. Hämtad 10 februari, 2012, från <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/H%c3%a4lsofr%c3%a4mjande.pdf>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2010a). Värdegrund för omvårdnad [Broschyr]. Hämtad 8 februari, 2012, från http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55_13okt_NYWEB.pdf
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2010b). Personcentrerad vård. Hämtad 6 mars, 2012, från http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80_26nov_OM%20Personcetrerad.pdf
- Van Alem, A. P., de Vos, R., Schmand, B., & Koster R. W. (2004). Cognitive impairment in survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *American Heart Journal*, 148(3), 416-421. doi: 10.1016/j.ahj.2004.01.031

Van Alem, A. P., Waalewijn, R. A., Koster, R. W. & de Vos, R. (2004). Assessment of Quality of Life and Cognitive Function After Out-of-Hospital Cardiac Arrest With Successful Resuscitation. *The American Journal of cardiology*, 93, 131-135. doi: 10.1016/j.amjcard.2003.09.027

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Bromma: CM-Gruppen AB. Från <http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/God+forsknings+sed+2011.1.pdf>

Wachelder, E. M., Moolaert, V. R. M. P., van Heugten, 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*, 80, 517-522. doi:10.1016/j.resuscitation.2009.01.020

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

Willman, Stoltz och Bahtseveni (2006). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

WHO. (1996). Programme on mental health. Hämtad den 8 februari, 2012, från http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

Bilaga 1 Granskningsmallar för kvalitetsbedömning: Kvalitativ ansats

Kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25
Erhållen poäng: ??
Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version av Willman, A., Stoltz B. & Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008)

Bilaga 2 Granskningsmallar för kvalitetsbedömning: Kvantitativ ansats

Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng: ??

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version av Willman, A., Stoltz B. & Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008)