



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

NÄR HJÄRTAT STANNAR, MEN LIVET FORTSÄTTER

En litteraturöversikt om upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet hos personer som har överlevt hjärtstopp utanför sjukhus

Johanna Fors & Hanna Johansson

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin:	HT2024
Handledare:	Zahra Ebrahimi
Examinator:	Harshida Patel
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Zahra Ebrahimi för stöd och värdefull hjälp under detta arbete. Även ett hjärtligt tack till studiekamrater och bibliotekarier på Hälsovetarbackens biblioteket som alltid varit behjälpliga. Ett sista tack vill vi ge varandra för ett enastående och oförglömligt samarbete.

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärtstopp utanför sjukhus är vanligt förekommande. Hjärtstoppet kan orsakas av en rad olika tillstånd, där ischemisk hjärtsjukdom ligger bakom de flesta fallen. Sjukdomsförloppet leder snabbt till medvetslöshet, då blodflödet till hjärnan sjunker. Med snabba insatser som larm, hjärt- och lungräddning, defibrillering och avancerad hjärt- och lungräddning kan tillståndet vara reversibelt. Initialt ska orsaken bakom hjärtstoppet utredas och behandlas. Fortsättningsvis är individuell rehabilitering och screening utifrån olika aspekter viktigt i eftervården. Livet efter hjärtstopp kan innebära nytillkomna kognitiva, neurologiska och fysiska begränsningar varpå den hälsorelaterade livskvaliteten kan se olika ut från person till person. Sjuksköterskan har en viktig roll i att främja patienters känsla av trygghet speciellt i svårbemästrade situationer. Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att lyssna till patientens berättelse, upprätthålla partnerskapet samt föra dokumentation. **Syfte:** Litteraturöversiktens syfte är att beskriva personers upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet efter att ha överlevt ett hjärtstopp utanför sjukhus. **Metod:** Litteraturöversikt användes som studiedesign. En strukturerad informationssökning genomfördes i databaserna PubMed och Cinahl vilket resulterade i tio valda artiklar med såväl kvalitativ som kvantitativ ansatser. Samtliga artiklar analyserades utifrån Fribergs modell för litteraturöversikter. **Resultat:** Upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet efter att ha överlevt ett hjärtstopp innebar *ett förändrat liv och förändrade upplevelser av hälsorelaterad livskvalitet*. Dessa förändringar har presenterats i olika kategorier; *psykologiska förändringar, fysiska begränsningar, ett förändrat socialt liv och erfarenheter och förbättringar av sjukvården*. **Slutsats:** Livet efter att ha överlevt ett hjärtstopp påverkar patienters upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet på olika sätt. Genom att sjuksköterskan arbetar med ett personcentrerat förhållningssätt präglat av partnerskap, empati och lyhördhet kan individuella behov tillgodoses och därmed känslan av trygghet främjas hos personer som har överlevt hjärtstopp. Således kan upplevelsen av den hälsorelaterade livskvaliteten förbättras.

Nyckelord: hjärtstopp, hjärtstopp utanför sjukhus, upplevelse, hälso-relaterad livskvalitet, känsla av trygghet, personcentrerad vård

Abstract

Background: Out-of-hospital cardiac arrest is common. Cardiac arrest can be caused by a variety of conditions, with ischemic heart disease being the most common cause. As the condition progresses, the blood flow to the brain decreases, swiftly resulting in unconsciousness. With quick interventions such as cardio-pulmonary resuscitation, defibrillation and advanced cardiopulmonary resuscitation the condition can be reversible. Initially, the cause behind the cardiac arrest should be investigated and treated. Thereafter, individual rehabilitation and screening based on different aspects are important in the aftercare. Life after a cardiac arrest can include new cognitive, neurological and physical limitations where the health-related quality of life can be different from person to person. The nurse has an important role in promoting the patient's feeling of safety, especially in difficult situations. A person-centered approach involves listening to the patient's story, maintaining the partnership and keeping records. **Aim:** The aim of this literature review is to describe people's experiences of health-related quality of life after surviving an out-of-hospital cardiac arrest. **Method:** A literature review was used as study design. A structured information search was conducted in the databases PubMed and Cinahl which resulted in ten selected articles with qualitative as well as quantitative approaches. All articles were analyzed using Friberg's model for literature reviews. **Results:** The experience of the health-related quality of life after surviving a cardiac arrest was characterized by *A changed life and changed experiences of health-related quality of life*. These changes have been presented in different categories; *Psychological changes, Physical limitations, A changed social life and Experiences and improvements by healthcare*. **Conclusion:** Life after surviving a cardiac arrest impacts the experience of health-related quality of life in different ways. By working with a person-centered approach characterized by partnership, empathy and attentiveness the nurse can accommodate individual needs and promote the feeling of safety for people who have survived a cardiac arrest. Thus, the experience of the health-related quality of life can be improved.

Keywords: cardiac arrest, out-of-hospital cardiac arrest, experience, health-related quality of life, feeling safe, person-centered care

Innehållsförteckning

Förord.....	2
Sammanfattning.....	3
Abstract.....	4
Innehållsförteckning.....	5
Introduktion.....	7
Bakgrund.....	7
Hjärtstopp.....	7
Prevalens.....	7
Patofysiologi och orsaker.....	7
Symptom och tecken.....	8
Behandling.....	8
Hjärtlivräddande innovationer.....	8
Kedjan som räddar liv.....	9
Vården efter hjärtstopp.....	9
Livet efter hjärtstopp.....	10
Hälsorelaterad livskvalitet.....	11
Teoretisk referensram.....	11
Känsla av trygghet.....	11
Personcentrerad vård.....	12
Problemformulering.....	13
Syfte.....	13
Metod.....	14
Datainsamling.....	14
Urval.....	15
Kvalitetsgranskning.....	15
Dataanalys.....	15
Forskningsetiska aspekter.....	16
Resultat.....	18
Ett förändrat liv och förändrade upplevelser av hälsorelaterad livskvalitet.....	18
Psykologiska förändringar.....	19
Uppvaknande, insikt och tacksamhet.....	19
Närvaro av existentiella tankar.....	19
Depressiva symptom, ångest och oro.....	20
Kognitiv påverkan.....	21

Fysiska begränsningar.....	22
En förändrad kropp	22
Behandlingars effekter och sideeffekter	22
Ett förändrat socialt liv	22
Relationer och interaktioner.....	22
Förändrade levnadsvanor	23
Ett vardagligt liv	23
Erfarenheter och förslag på förbättringar av sjukvården	24
Diskussion.....	25
Metoddiskussion	25
Datainsamling	25
Urval	25
Kvalitetsgranskning	26
Dataanalys.....	26
Etiska aspekter	27
Resultatdiskussion	27
Förändringar i den hälsorelaterade livskvaliteten.....	27
Vikten av individanpassad vård	27
En annorlunda psykisk hälsa.....	28
Kroppsliga symptom som en del av det nya livet.....	30
Ett förändrat vardagligt liv.....	30
Slutsatser	31
Kliniska implikationer	31
Vidare forskning	32
Referenser	33
Bilagor	42

Introduktion

Under en praktikvecka på Sahlgrenskas akutmottagning bevittnades två traumatiska hjärtstopp av ena författaren. Vad som hände med dessa patienter skulle författaren aldrig få veta. Ett år innan, under en helt annan praktikperiod fick den andra författaren möjlighet att samtala med en person som återupplivats med hjälp av hjärt- och lungräddning. Efter att senare ha mött flera personer som har överlevt hjärtstopp väcktes en förståelse för att överlevnaden blir allt vanligare i samhället, och att livet efter hjärtstopp kan vara mycket påfrestande och skört. Ur denna medvetenhet skapades en nyfikenhet och ett intresse för ämnesområdet. Som kommande sjuksköterskor har vi en viktig roll i att främja patienters känsla av trygghet, speciellt i svårbemästrade situationer. I föreliggande litteraturöversikt är vi därför intresserade av att beskriva personers upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet efter att ha överlevt ett hjärtstopp utanför sjukhus.

Bakgrund

Hjärtstopp

Ett hjärtstopp uppstår när hjärtats pumpförmåga plötslig avstannar. Om inte behandling påbörjas direkt minskar chanserna till överlevnad. Tillståndet är dock reversibelt och med tidig hjärt- och lungräddning (HLR) kan liv räddas (Karason, 2017; Zeppenfeld m.fl., 2022).

Prevalens

Varje år drabbas omkring 13 000 personer i Sverige av hjärtstopp, både utanför och i sjukhusmiljö. De flesta fallen sker i hemmiljö. Män drabbas oftare än kvinnor och de drabbade är oftast i åldersgruppen 60 till 79 år. År 2023 kunde 1501 personer återupplivas med hjälp av framgångsrik HLR. Av dessa inträffade 562 utanför sjukhus. Antalet personer som överlever ett hjärtstopp utanför sjukhusmiljö har ökat från 4,6 % till 12,4 % mellan åren 2000 och 2023 (Svenska Hjärt- Lungräddningsregistret, 2024).

I Europa drabbas årligen mellan 67 till 100 per 100 000 invånare av hjärtstopp utanför sjukhus, varav omkring 8 % överlever och kan skrivas ut från sjukhus (Gräsner m.fl., 2021). Liknande siffror visas i USA, där 88,8 personer per 100 000 invånare drabbas. Av dessa personer kan 9,3 % sedan skrivas ut från sjukhus (Martin m.fl., 2024).

Patofysiologi och orsaker

Ventrikelflimmer (VF), pulslös elektrisk aktivitet (PEA) samt asystoli är tre tillstånd som leder fram till hjärtstopp (Holmberg, 2010; Hage & Thorvaldsen, 2022). Ventrikelflimmer uppstår framför allt till följd av ischemisk hjärtsjukdom och innebär att aktiviteten som finns i hjärtat är så snabb och oregelbunden att den mekaniska kammarfunktionen upphör (Karason,

2017). Obehandlat VF leder automatiskt till asystoli som i praktiken innebär att hjärtat saknar all elektrisk och mekanisk aktivitet. Asystoli är ofta en följd av succesiv ischemi i hjärtmuskulaturen medan PEA kan förorsakas av bland annat lungemboli, kraftig hjärtinfarkt eller hjärttamponad (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2021a). Trots att det finns en pågående hjärtrytm vid PEA, saknas hjärtats mekaniska pumpförmåga (Karason, 2017; Hage & Thorvaldsen, 2022).

Den dominerande orsaken till hjärtstopp är ischemisk hjärtsjukdom som orsakas av ateroskleros i hjärtats kranskärl (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2021b). Ateroskleros orsakas av åderförfattning som utvecklas under lång tid. Förträngningarna försvårar blodflödet i hjärtats kranskärl och leder därmed till ischemi i hjärtmuskulaturen. När ett inflammerat åderförfattningsplack brister från kranskärlens intima bildas vanligtvis en blodpropp som i sin tur riskerar att helt eller delvis förhindra blodflödet i hjärtmuskulaturen. Efter att syrebristen i hjärtmuskulaturen har pågått i 10 till 15 minuter får hjärtmuskeln en permanent skada vilket definieras som en akut hjärtinfarkt (Hage & Thorvaldsen, 2022). Det föreligger stor risk att akut hjärtinfarkt leder till hjärtrytmrubbningar och hjärtstopp (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2021b).

Hjärtklaffsjukdom, kardiomyopati, jonkanalssjukdom, hjärttamponad och hjärtsvikt är andra hjärt- och kärlsjukdomar som kan orsaka hjärtstopp. Ytterligare tillstånd som kan orsaka hjärtstopp är kraftiga blödningar, trauma, drunkning, luftvägsstopp, lungemboli, nedkylning, stroke, kvävning eller överdos av olika substanser (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2021a).

Symptom och tecken

Hjärtstopp leder till omedelbar medvetlöshet eftersom blodflödet till hela, eller delar av hjärnan sjunker (Karason, 2017). Andningen kan upphöra helt, eller övergå till så kallad agonal andning som utmärker sig för att vara oregelbunden, långsam, suckande och rosslande. Bröstmärta, dyspné, svimning och hjärtklappning förekommer ofta innan hjärtstoppet (Marijon m.fl., 2016). Rey m.fl. (2020) påvisar att kvinnor oftast drabbas av atypiska symptom innan ett hjärtstopp medan män uppvisar mer typiska såsom bröstsmärta.

Behandling

Hjärtlivräddande innovationer

Överlevnadstrenden har ökat de senaste åren och kan sammanfalla med ökade HLR-utbildningar, utplacering av fler automatiserade externa defibrillatorer (AED) i samhället samt ökade åtgärder för att tidigare kunna initiera HLR (Jerkeman m.fl., 2022).

År 1990 började arbetet med att utveckla lättanvända och röststyrda defibrillatorer som skulle implementeras ute i samhället (Weisfeldt m.fl., 1995). År 2023 beräknades det finnas 23 412 kontrollerade hjärtstartare i Sverige, varav 5422 uppgavs vara tillgängliga dag som natt. De flesta finns på arbetsplatser (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2024). Ökad utplacering av hjärtstartare leder till tidigare defibrillering och därmed ökad överlevnad. Samtidigt finns det begränsningar i form av regionala skillnader samt otillgänglighet under vissa tider på

dygnet (Delhomme m.fl., 2019). Hjärtstartare som levereras av drönare har visat sig vara tidseffektiva och innebär ökad chans till överlevnad. Framst i glesbygden och där framkomlighet för ambulanspersonal är begränsad (Schierbeck m.fl., 2023). Fler tidseffektiva system har utvecklats, exempelvis system där frivilliga HLR-utbildade personer får meddelanden i telefonen när ett hjärtstopp inträffat i närheten. Detta är fördelaktigt framst när hjärtstopp inträffar i glesbebyggda områden, eftersom dessa personer kan ha möjlighet att anlända före ambulanspersonal (Lapidus m.fl., 2023). Flera länder har implementerat detta system som har visat sig leda till tidigare initiering av HLR och högre överlevnadsgrad (Lapidus m.fl., 2023; Lee m.fl., 2019; Stieglis m.fl., 2022).

Kedjan som räddar liv

För personer med agonal andning eller personer som saknar andning ska HLR omedelbart påbörjas (Wikström, 2018). Hjärtstopp kan vara ett reversibelt tillstånd, särskilt när behandling inleds utan fördröjning. Ett snabbt omhändertagande med livräddande åtgärder är därmed avgörande för en persons överlevnad (Karason, 2017; Zeppenfeld m.fl., 2022).

Bestående skador kan minimeras om hjärtat börjar arbeta igen inom en till två minuter (Ekwall, 2024). De livräddande åtgärderna innebär att larma omgående, starta HLR, defibrillera och starta avancerad HLR (Ekwall, 2024; Semeraro m.fl., 2021). Att tidigt starta en larmkedja innebär att det lokala nödnumret rings eller att sjukvårdspersonal larmar nödberedskap, efter att tidiga symptom på hjärtstopp identifieras. Därefter ska HLR startas med 30 bröstkompressioner följt av två inblåsningar. Bröstkompressionerna tillsammans med syretillförsel ökar cirkulation till de vitala organen. Att påbörja HLR i ett tidigt skede fördubblar chanserna till överlevnad efter ett hjärtstopp. Vid defibrillering inom tre till fem minuter efter hjärtstopp ökar sannolikheten till överlevnad med 50 till 70 %. För varje tappad minut minskar chansen till överlevnad med 10 till 12 % (Semeraro m.fl., 2021). I Sverige är genomsnittstiden för den första defibrilleringsstöten tio minuter, vilket knappt har minskat sedan 1993, trots att antalet hjärtstartare i samhället har ökat de senaste tio till 20 åren (Svenska Hjärt- Lungräddningsregistret, 2024).

Syftet med defibrillering är att den urartade elektriska aktiviteten i hjärtat bryts och hjärtmuskelcellerna laddas ur. Cellerna blir återställda för att kunna ta emot nya impulser vilket kan återskapa en normal hjärtrytm. Defibrillering är möjlig vid VF och ventrikeltakykardi. Vid PEA och asystoli är retledningssystemet inaktivt och defibrillering är därför inte möjlig. En avancerad HLR ska ske utifrån personens tillstånd, där oftast kontinuerlig övervakning, läkemedel och avancerad respiratorisk hjälp ingår (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2021a).

Vården efter hjärtstopp

Efter ROSC (Return Of Spontaneous Circulation) har uppstått ska eftervård omedelbart påbörjas. För optimal återhämtning remitteras och bedrivs vården oftast inom intensivvården (Nolan m.fl., 2021). Vården innefattar att vitala parametrar utvärderas kontinuerligt och vid behov behandlas. En tidig behandling syftar till att utreda orsaken bakom hjärtstoppet (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2021a). Intubation kan bli aktuell om ofria luftvägar

förekommer. Ventilationsstöd som syrgas bör dessutom administreras om låg syresättning föreligger (Nolan m.fl., 2021).

En koronarangiografi och perkutan coronar intervention (PCI) kan bli aktuellt vid ett hjärtstopp orsakat av kranskärlförträngning. PCI är en kärlvidgande åtgärd, oftast kallad ballongvidgning, som innebär att en stent förs in där förträngningen sitter (Ask & Ivarsson, 2012). Kranskärlskirurgi, coronary artery bypass craft (CABG), kan vara lämpligt i vissa fall där det förekommer otillgängliga stenoser eller när PCI inte fungerar (Hage & Thorvaldsen, 2022). För att undersöka eventuell myokarddysfunktion ska en ekokardiografisk undersökning göras omgående. Neurologiskt rekommenderas elektroencefalografi (EEG) för diagnostisering och kontroll av epileptiska krampanfall eftersom krampanfall kan förvärra de redan befintliga hjärnskadorna efter hjärtstoppet (Nolan m.fl., 2021).

Det finns rekommendationer om att hålla en sval kroppstemperatur efter ett hjärtstopp, vilket har fysiologiska fördelar i form av krampförebyggande och förebyggande av hjärnödem (Elmer & Callaway, 2023). En kroppstemperatur under 37,7 grader Celsius bör upprätthållas i åtminstone 72 timmar efter hjärtstopp (Nolan m.fl., 2021).

Hjärtats funktioner kan behöva stöd efter genomgången hjärtstopp. En ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator) är indikerat vid kammararytmier. Apparaturen har en funktion som kan leverera elektriska stötar, likt en defibrillator, vid hotande arytmier. Hos personer som har fått en inopererad ICD kan dock rädsla för den eventuella stöten upplevas, vilket i sin tur kan påverka det sociala livet och livskvaliteten (Hage & Thorvaldsen, 2022).

Innan utskrivning från sjukhuset ska en bedömning ske utifrån patientens fysiska, kognitiva och emotionella status. Detta för tidig identifikation av behov av fortsatt utredning och rehabilitering. Information skall ges muntligt och skriftligt till patienter och anhöriga innan hemgång. Patienter ska erbjudas uppföljning en till tre månader efter hjärtstoppet. Då ska fortsatta behov undersökas och identifieras. Eventuella fysiska, emotionella och kognitiva svårigheter samt fatigue screenas vid uppföljningen (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2021c). Rehabilitering aktualiseras. Rehabiliteringen är utformad på olika sätt och ska erbjuda vård från olika professioner och kompetenser för att tillgodose personens individuella och unika behov. Träning, stresshantering och vidare kontakt med andra professioner, exempelvis psykolog och arbetsterapeut är något som rehabiliteringen ska erbjuda (Svenska rådet för hjärt-lungräddning & Riksförbundet HjärtLung, 2021). Enligt rekommendationer från Socialstyrelsen (2018) ska hjärtsjukvården tillgodose patienters individuella förväntningar och behov, säkerställa integritet samt vara utformad i enlighet med patientdelaktighet.

Livet efter hjärtstopp

Personer som har överlevt hjärtstopp riskerar att drabbas av kognitiva och neurologiska funktionsnedsättningar vilket ökar behovet av både hjälpmedel och rehabilitering (Strömberg, 2019). Likaså kan fysiska begränsningar skapa oro och otrygghet vilket försvårar återgången till vardagliga aktiviteter (Haydon m.fl., 2017). Minnesrelaterade störningar samt depressiva symptom är också vanliga följder (Rey m.fl., 2020). Motstridiga känslor av sårbarhet, ångest,

glädje och tacksamhet kan också uppvisas hos personer som har överlevt hjärtstopp. Existentiella frågor och en rädsla av att drabbas igen kan väckas av ”nära-döden-upplevelsen”. Avgörande för att stödjas i dessa känslor är engagemanget av hälso- och sjukvårdspersonal (Haydon m.fl., 2017).

Hälsorelaterad livskvalitet

Hälsorelaterad livskvalitet (health-related quality of life, HRQoL) är ett svårdefinierat begrepp, därav finns flera definitioner (Karimi & Brazier, 2016). En definition lyder följande; ”Hälsorelaterad livskvalitet avser hur bra en person fungerar i sitt liv och i hans eller hennes upplevda välbefinnande inom fysisk, psykisk och sociala hälsoområden” (Hays & Reeve, 2008, s. 195). En persons symptom, egenskaper och funktionsförmåga kan förklara variationen av hälsorelaterad livskvalitet hos personer som har överlevt hjärtstopp (Pek m.fl., 2023). Pek m.fl. (2023) menar samtidigt att kön och ålder kan påverka den hälsorelaterade livskvaliteten. Wimmer m.fl. (2021) beskriver att yngre personer som har överlevt hjärtstopp utanför sjukhus och personer som varit medvetslösa länge har en försämrade hälsorelaterad livskvalitet. Dock visar samma studie att den hälsorelaterade livskvaliteten är jämförbar med referenspopulationens, fem år efter hjärtstoppet.

Teoretisk referensram

Känsla av trygghet

Begreppet trygghet är ett komplext fenomen, och utgör både en persons identitet samt omgivningen runt denne. Den inre tryggheten kan förklaras som grundtrygghet, där tillit, hopp och självkänsla beskrivs vara centrala begrepp. Vidare kan den yttre dimensionen av trygghet, situationsrelaterad trygghet, förklaras utifrån miljön och det sociala livet. Känsla av trygghet kan därmed ses som starkt förknippad med en människas upplevelse av livet. Trygghetskänslan är således individuell. Vid en livsomvälvande händelse kan tryggheten ses som hotad, då livets balans rubbas, och en känsla av otrygghet kan i stället uppstå. Svårbemästrade situationer där otrygghet kan upplevas kan vara i känslan av övergivenhet, vid svåra yttre omständigheter eller vid svår sjukdom (Santamäki Fischer, 2019). I ett vårdssammanhang är den unika upplevelsen av trygghet sammankopplat med tillit och förtroende, ett gott omhändertagande, tillgänglighet och närvaro av sjukvårdspersonal, familjens delaktighet och vårdpersonalens kunskap och kompetens (Mollon, 2014). Trygghetsbegreppet stärks i hälso- och sjukvårdslagen. Patienters behov av såväl säkerhet och kontinuitet som trygghet är ett mål inom hälso- och sjukvården för att bedriva en god vård (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], 2017).

Att främja känslan av trygghet är en aktiv del i sjuksköterskans arbete (Almerud Österberg & Rahmqvist, 2019; Santamäki Fischer, 2019). När en patient känner sig bekräftad och sedd skapas förutsättningar för känslan av trygghet, vilket är lika viktigt vid det akuta omhändertagandet som efteråt. Att överleva ett hjärtstopp kan skapa behov av att få förståelse och innebörd av händelsen för att vidare kunna skapa sammanhang (Almerud Österberg &

Rahmqvist, 2019). Betydelsefulla förhållningssätt, som är nära anknutna till begreppet trygghet, inom det patientnära arbetet är att visa empati och lyhördhet. Empati kan förklaras som sjuksköterskans förmåga att förstå och uppleva patientens erfarenheter samt vara medveten om sina egna erfarenheter och känslor. Det är såväl en förutsättning för att trösta likväl som att inge trygghet. Lyhördhet i omvårdnadsarbetet innebär att vara närvarande och inkännande i varje situation (Santamäki Fischer, 2019). Vidare är empati och lyhördhet centralt i International Council of Nurses (ICN) etiska kod. De professionella värderingarna, tillsammans med respekt, tillit, integritet, rättvisa, medkänsla och omsorg ska utgöra vårdpersonalens arbete (Svensk sjuksköterskeförening, 2021).

Personcentrerad vård

Svenska rådet för Hjärt-lungräddning och Riksförbundet Hjärtlung (2021) belyser att vården efter hjärtstopp bör ha sin utgångspunkt i ett personcentrerat förhållningssätt där partnerskapet med patienten ska leda fram till att hälsobehov tillgodoses. Ett personcentrerat förhållningssätt lyfter fram betydelsen av att betrakta personen inte enbart som patient, utan att se personen i dennes unika livssituation. Den teoretiska handlingsetiken utgår från att en patient är en person med behov, förmågor och vilja, och där relationen mellan vårdgivare och vårdtagare står i centrum (Ekman m.fl., 2020). Tre komponenter för operationalisering av personcentrering som handlingsetik inom hälso- och sjukvården är patientens berättelse, partnerskapet samt dokumentationen. Patientberättelsen ligger till grund för att skapa partnerskap, där utgångspunkten är patientens redogörelse för sin egen livssituation. I partnerskapet sker utbyten av erfarenheter, lärdomar och kunskap för att styra mot gemensamt uppsatta mål. Vidare skapar dokumentationen transparens och kontinuitet under vården (Ekman m.fl., 2011), vilket möjliggör upprätthållandet av partnerskapet samt att en personlig hälsoplan kan skapas och följas (Ekman m.fl., 2020). I den personcentrerade vården bör det finnas ett multidisciplinärt team, som kan upprätthålla den individuella vårdplanen både i ett initialt skede samt för uppföljning inom primärvården (Fors m.fl., 2015). Vidare kan vården dessutom stärka patienters self-efficacy, det vill säga tilltro till sin egen förmåga (Ekman m.fl., 2020; Fors m.fl., 2015). Hälso- och sjukvårdspersonal kan genom samtal bidra till reflektion och medvetenhet i relation till den egna hälsan och hälsoresurser. Vidare kan samtalen även hjälpa hälso- och sjukvårdspersonal att förstå individens individuella situation och behov (Wärnå-Furu, 2022).

Det anses dessutom vara fördelaktigt att inkludera nära anhöriga i den personcentrerade vården. Ett familjecentrerat förhållningssätt kan främja känslan av trygghet och dessutom förebygga komplikationer i vården för patienter med hjärtsjukdom (Norekvål m.fl., 2017). Att bedriva vård utifrån personcentrering kan bidra till förkortad vårdtid, minskad risk för återinläggning samt möjlighet att kunna tillgodose patienters hälsorelaterade livskvalitet på bästa möjliga sätt (Ekman m.fl., 2012). Personcentrerad vård har även visat sig öka förutsättningarna för återgång till arbete och tidigare aktivitetsnivå (Fors m.fl., 2015).

Problemformulering

Att överleva ett hjärtstopp kan innebära lidande och ovisshet för många drabbade, varpå den upplevda hälsorelaterade livskvaliteten kan påverkas. Det är därmed viktigt att utifrån en personcentrerad vård sammanställa en bild av patientens upplevelse av den hälsorelaterade livskvaliteten efter att ha överlevt ett hjärtstopp för att kunna lindra lidande och främja hälsa och välbefinnande.

Syfte

Syftet är att beskriva personers upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet efter att ha överlevt ett hjärtstopp utanför sjukhus.

Metod

Studiens design är en litteraturöversikt, vilket innebär att en sammanställning av vetenskapligt granskade och publicerade forskningsstudier inom hälsorelaterad livskvalitet efter hjärtstopp har genomförts (Friberg, 2022).

Datainsamling

Forskningsprocessen startade med ett intresse för det valda ämnesområdet. Därefter formulerades en problemformulering och ett syfte som grund för den fortsatta processen och start av testsökningar (Kjellström, 2017). Studiens syfte specificerades med hjälp av det strukturerade formatet PEO (SBU, 2023), se tabell 1. Då det konstaterades att livskvalitet är ett omfattande begrepp begränsades studien till att beröra hälsorelaterad livskvalitet. För att skapa en översiktsbild över forskningsområdet inleddes informationssökningen med testsökningar i olika databaser. Vidare fortsattes arbetet med strukturerad sökning, kallad egentlig informationssökning som syftar till att hitta relevanta artiklar till studien. Databaser som användes i studien var den omvårdnadsspecifika databasen *Cinahl*, samt *PubMed*, en medicinsk och hälsovetenskaplig databas (Östlundh, 2022).

Passande sökord formulerades utifrån studiens syfte och PEO (SBU, 2023), se bilaga 1 för de slutgiltiga sökorden. Sökningarna inkluderade även en setting, som var ”utanför sjukhus”. Ämnesord söktes upp i ämnesordslistorna *Svensk MeSH* för PubMed och *Cinahl Headings* för Cinahl (Östlundh, 2022). Sökningen kompletterades med synonyma sökord under sökprocessens gång, vilket Östlundh (2022) menar kan bidra till ett mer relevant sökresultat. Dessa synonymer identifierades genom läsning av systematiska översiktsartiklar vid testsökningarna.

Användningen av den booleska operatör *OR* ökade sensitiviteten i träffarna, medan operatör *AND* preciserade sökningen. *Trunkering* inkluderade olika böjningsformer och stavningar. *Fältsökning* genomfördes då citattecken adderades till begrepp där särskrivning förekom. Detta för att databaserna skulle uppfatta dem som en enhet (Karlsson, 2017). Varje ämnesord och dess synonymer söktes på var för sig. Vidare bildades ett sökblock som tillsammans med andra block skapade en blocksökning (Hellberg & Karlsson, 2023). Under sökprocessen användes databasernas respektive *sökhistorik* för att kombinera sökorden fritt och effektivt (Östlundh, 2022). Sekundärsökning genomfördes i både PubMed och Cinahl men genererade inte några ytterligare relevanta träffar.

Tabell 1: Syfte formulerat utifrån Population, Exposure och Outcome (PEO).

P	E	O
Personer som har överlevt hjärtstopp	Hjärtstopp	Upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet

Urval

Redovisade inklusions- och exklusionskriterier formulerades utifrån syfte och frågeställning och tillämpades i samtliga databaser i syfte att sortera bort irrelevanta artiklar, se tabell 2.

Tabell 2: Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Artiklar skrivna på engelska• Peer reviewed• Artiklar där hjärtstopp inträffat utanför sjukhus	<ul style="list-style-type: none">• Artiklar publicerade innan 2009• Deltagare under 18 år

Efter att antalet träffar från databaserna sammanställts sorterades dubbletterna bort. De kvarstående artiklarna bedömdes sedan på titel och abstractnivå avseende de valda inklusions- och exklusionskriterierna. Rosén (2017) beskriver detta som en grovsällning av artiklar. En artikel exkluderades då den inte gick att hitta. Resterande artiklar lästes i sin helhet och granskades vidare utifrån inklusions- och exklusionskriterierna och om de svarade an på studiens syfte, varpå 15 artiklar därefter exkluderades. Resterande tolv artiklar kvalitetsgranskades. Se flödesschemat PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) för fullständig redovisning av screeningprocessen i figur 1 (Tricco m.fl., 2018).

Kvalitetsgranskning

Artiklarna kvalitetsgranskades med Olsson och Sörensens (2021) mallar för kvalitetsgranskning, se bilaga 2. Mårtensson och Fridlund (2017) menar att kvalitetsgranskningen lämpligtvis ska göras via redan testade granskningsmallar. Syftet var att säkerställa vetenskaplig kvalitet i arbetet. En artikel hade mixad metod, varpå dess kvalitativa data kvalitetsgranskades med den kvalitativa bedömningsmallen, och dess kvantitativa data kvalitetsgranskades med frågor från den kvantitativa bedömningsmallen. En kvalitativ och en kvantitativ artikel kvalitetsgranskades gemensamt för att uppnå samstämmighet och resterande artiklar delades upp mellan författarna. En utförlig metodbeskrivning samt en tydlig resultatbeskrivning, gav tre poäng vardera. Poängsumman baserades på en bedömning från 20 kriterier och gav en summa som sedan räknades ut i procent av den maximalt möjliga poängsumman (Olsson & Sörensen, 2021). Endast artiklar som höll hög och medelhög kvalitet inkluderades. Olsson och Sörensen (2021) understryker att artiklar med en poängsumma under 60 % inte är lämpliga att inkludera. Således exkluderades två artiklar av låg kvalitet.

Dataanalys

De tio inkluderade artiklarna analyserades både individuellt och gemensamt av författarna med hjälp av Fribergs (2022) modell för dataanalys. Inledningsvis lästes respektive artikel noggrant igenom ett flertal gånger för att få en förståelse av dess sammanhang samt innehåll.

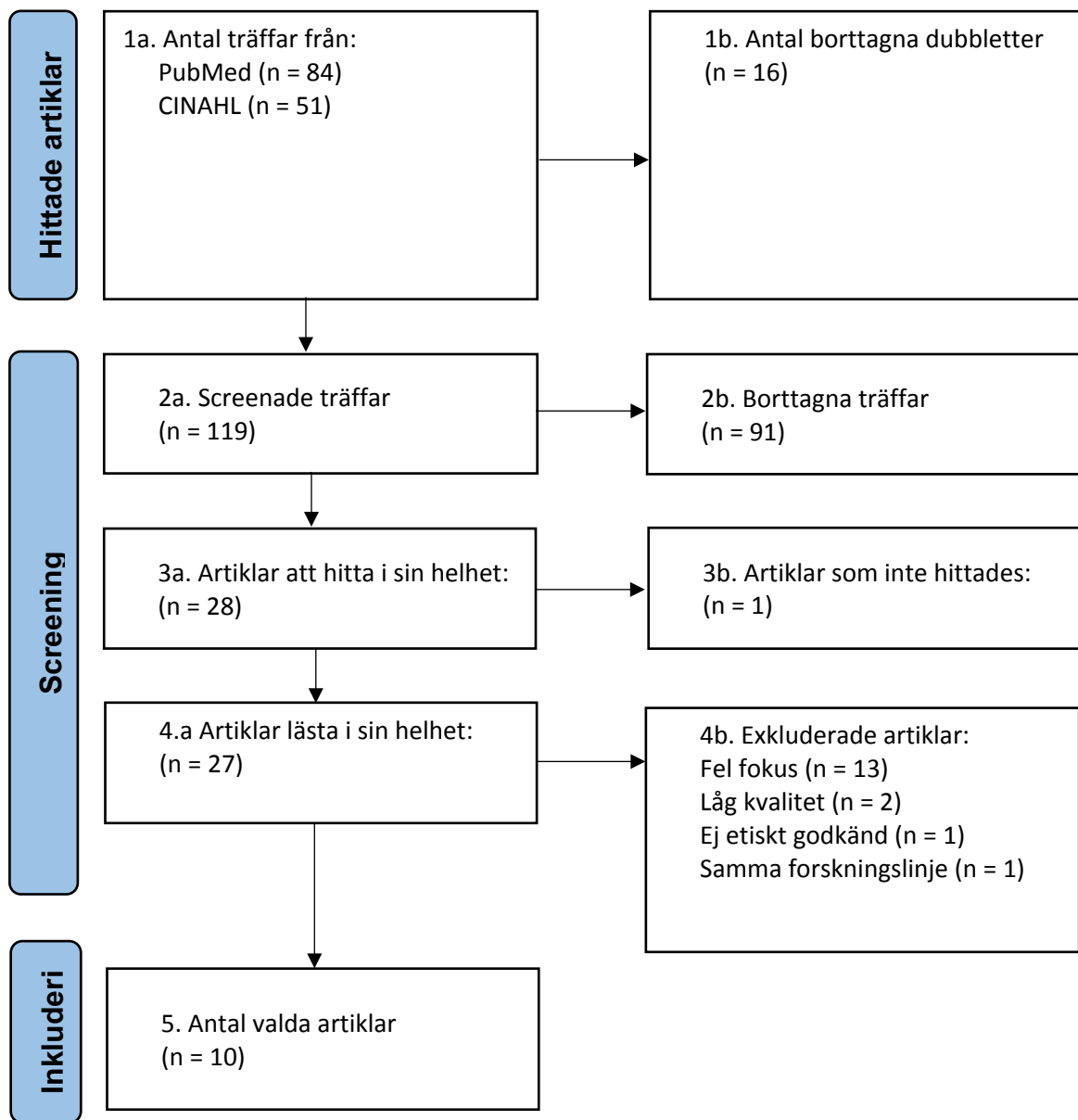
Kortare sammanfattningar av artiklarnas innehåll gjordes. Vidare skapades en översiktstabell, vilket möjliggjorde en struktur för den fortsatta analysen, se bilaga 3. Studierna jämfördes sedan med fokus på artiklarnas syfte, metod och resultat innehåll och vidare kunde likheter och skillnader identifieras. En ytterligare kort summering av respektive artikel skapades. Slutligen kunde en huvudkategori urskiljas. Relevant innehåll sorterades därefter upp under fyra kategorier. Efter en ytterligare genomläsning av litteraturen kunde subkategorier vidare urskiljas, se tabell 3. Färgkodning användes för förtydligande. Kategorier och subkategorierna rubriceras i resultatet samt redovisas i tabellform vilket Friberg (2022) menar ökar överskådligheten. Det bör dock understrykas att författarna hade viss förförståelse av forskningsämnet sedan tidigare. Studiens resultat granskades av handledare samt studiekamrater.

Forskningsetiska aspekter

Litteraturöversikt som metod kräver inget etiskt godkännande. Dock menar Kjellström (2017) att det alltid föreligger ett ansvar hos författarna gällande forskningsetiska övervägande i arbetet. För att säkerställa rättigheter, säkerhet och upplevt välbefinnande hos deltagarna i studierna, beaktades därför flertalet etiska principer. Författarna har förhållit sig till *Helsingforsdeklarationen* genom hela processen och värnade därmed om dessa etiska grundprinciper (Kjellström, 2017). Autonomiprincipen beaktades särskilt, där Mårtensson och Fridlund (2017) menar att samtyckeskravet och informationskravet väger tungt. Därmed inkluderades endast artiklar som noggrant påvisat ett etiskt övervägande samt erhållit ett etiskt godkännande från en etisk nämnd.

Artificial Intelligence (AI), i form av ChatGPT användes vid enstaka tillfällen som komplement för att förstå komplexa begrepp samt metodologiska begrepp som exempelvis *fenomenologisk hermeneutik*.

Redovisning av screeningsprocessen



Figur 1: PRISMA flödesschema för screeningsprocessen

Resultat

Detta resultat bygger på tio studier med olika ansats; fem kvalitativa (Aristidou m.fl., 2023; Bremer m.fl., 2009; Forslund m.fl., 2017; Wagner m.fl., 2021; Whitehead m.fl., 2020), fyra kvantitativa (Bohm m.fl., 2019; Boyce-van der Wal m.fl., 2015; Moulaert m.fl., 2010; Viktorisson m.fl., 2019) och en artikel med mixad metod (Case m.fl., 2021). Studierna är från sex olika länder (Australien, Cypern, Danmark, England, Nederländerna, Sverige) och hjärtstoppet hade skett mellan fyra veckor till 15 år innan studierna genomfördes, se bilaga 3 för mer detaljerad information om inkluderade studier.

Resultatet presenteras utifrån en huvudkategori med efterföljande kategorier och subkategorier, se tabell 3.

Tabell 3: Huvudkategori, kategorier och subkategorier.

Huvudkategori	Kategorier	Subkategorier
Ett förändrat liv och förändrade upplevelser av hälsorelaterad livskvalitet	Psykologiska förändringar	Uppvaknande, insikt och tacksamhet Närvaro av existentiella tankar Depressiva symptom, ångest och oro Kognitiv påverkan
	Fysiska begränsningar	En förändrad kropp Behandlingars effekter och sidoeffekter
	Ett förändrat socialt liv	Relationer och interaktioner Förändrade levnadsvanor Ett vardagligt liv
	Erfarenheter och förslag på förbättringar av sjukvården	

Ett förändrat liv och förändrade upplevelser av hälsorelaterad livskvalitet

Samtliga studier framhåller att den upplevda hälsorelaterade livskvaliteten bland personer som har överlevt hjärtstopp kan vara påverkad utifrån flera aspekter (Aristidou m.fl., 2023; Bohm m.fl., 2019; Boyce-van der Wal m.fl., 2015; Bremer m.fl., 2009; Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017; Moulaert m.fl., 2010; Viktorisson m.fl., 2019; Wagner m.fl., 2021; Whitehead m.fl., 2020).

Kvinnor visar sig rapportera sämre hälsorelaterad livskvalitet än män (Bohm m.fl., 2019). Bohm m.fl. (2019) framhåller dessutom att ålder kan ha en viss påverkan på vissa aspekter av den hälsorelaterade livskvaliteten. Likaså kognitiva problem (Boyce-van der Wal m.fl., 2015). Däremot visas den totala hälsorelaterade livskvaliteten vara inom det normala intervallet sex månader efter hjärtstoppets inträffande (Bohm m.fl., 2019).

Psykologiska förändringar

Uppvaknande, insikt och tacksamhet

Att vakna upp från ett hjärtstopp kan innebära att personen som har överlevt inte minns alla fragment från händelsen (Bremer m.fl., 2009; Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017; Wagner m.fl., 2021). Minnesluckorna beskrivs hålla i sig i allt från några dagar innan hjärtstoppet, upp till några veckor efter (Case m.fl., 2021; Wagner m.fl., 2021). Den osammanhängande upplevelsen kan innebära förvirring, osäkerhet och förlust av kontroll, vilket kan göra det svårt att få en uppfattning av situationen (Bremer m.fl., 2009). Olika känslor beskrivs vara kopplade till själva uppvaknandet efter hjärtstoppet. Centralt framkommer känslan av tacksamhet (Aristidou m.fl., 2023; Bremer m.fl., 2009; Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017; Wagner m.fl., 2021; Whitehead m.fl., 2020), där många ser överlevnaden som en ny chans i livet (Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017). Blandade känslor av eufori, stark oro och ångest kan även upplevas (Case m.fl., 2021). Det kan även förekomma känslor av skuld över att inte ha förstått varningstecken i tid (Bremer m.fl., 2009). Vissa bär också på en känsla av besvikelse över att ha överlevt, då de nya begränsningarna i livet är mycket påfrestande (Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017).

Huruvida personer som har överlevt hjärtstopp vill veta mer om händelsen verkar vara individuellt (Bremer m.fl., 2009; Forslund m.fl., 2017). Bremer m.fl. (2009) framhåller betydelsen av att hålla fast vid de eventuella minnesbilderna som finns samt att ta reda på mer om hjärtstoppet. Dessa faktorer menar Bremer m.fl. (2009) vidare kan bidra till ökad kontroll och sammanhang som kan bidra till ökat välbefinnande. Förståelse och acceptans kan dessutom bidra till snabbare psykisk återhämtning. Å andra sidan kan avsaknad av traumatiska minnen ses som en skyddsfaktor (Case m.fl., 2021). Vidare understryker Bremer m.fl. (2009) att ökade insikter kan innebära plågsamma upptäckter, exempelvis vetskapen om kroppens sårbarhet. Studier visar att händelsen kan påverka livet långt efter att hjärtstoppet har skett (Forslund m.fl., 2017; Wagner m.fl., 2021). I vissa fall kan den traumatiska erfarenheten av händelsen vara närvarande upp till elva år efter händelsen (Wagner m.fl., 2021).

Närvaro av existentiella tankar

Att vara med om en nära-döden-upplevelse kan dessutom leda till en stark närvaro av existentiella tankar (Aristidou m.fl., 2023; Bremer m.fl., 2009; Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017; Wagner m.fl., 2021; Whitehead m.fl., 2020). Tankar och funderingar kan beröra livets skörhet och medvetenhet om dödens oundviklighet (Bremer m.fl., 2009; Forslund m.fl.,

2017; Whitehead m.fl., 2020). Tankarna beskrivs ta stor plats i det vardagliga livet (Whitehead m.fl., 2020), vilket kan leda till existentiellt lidande med känslor som uppgivenhet, sorg och ilska (Bremer m.fl., 2009). Däremot kan en medvetenhet om livets skörhet skapa en förändrad syn på tillvaron, där livet omvärderas och omprioriteras (Aristidou m.fl., 2023; Bremer m.fl., 2009; Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017; Whitehead m.fl., 2020). Det beskrivs att vissa personer som har överlevt hjärtstopp lever mer närvarande genom att ta en dag i taget (Forslund m.fl., 2017).

Hos en del kan det finnas tankar om att himlen inte hade plats för dem när hjärtstoppet inträffade (Aristidou m.fl., 2023; Forslund m.fl., 2017). Vidare beskrivs upplevelsen kunna skapa en stark andlig mening där tacksamheten till Gud uppmärksammas (Aristidou m.fl., 2023). Aristidou (2023) belyser även att personer med en tro på livet efter döden kan omvärdera sin syn på döden och istället se den som något vackert. Det framkommer dock att tankar och frågor om döden kan vara ett känsligt ämne, som väcker en önskan om ett professionellt stöd (Wagner m.fl., 2021).

Händelsen visar sig kunna vara lika närvarande ett år efter hjärtstoppet och uttryckas i form av tankar på orsak och rädsla för att drabbas igen (Forslund m.fl., 2017). Flera studier visar att rädsla för att drabbas av ett nytt hjärtstopp är vanligt förekommande (Aristidou m.fl., 2023; Bremer m.fl., 2009; Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017; Whitehead m.fl., 2020). Aristidou m.fl. (2023) beskriver rädslan som en osäkerhet och en plåga att bära runt på. Rädslorna kan skapa maktlöshet och ha inflytande i det dagliga livet. Däremot kan strategier som förståelse för det förflutna och nya perspektiv på framtiden minska rädslan och en känsla av hopp kan i stället infinna sig (Bremer m.fl., 2009).

Depressiva symptom, ångest och oro

Att överleva hjärtstopp utanför sjukhus har visat sig kunna påverka den psykiska hälsan utifrån flera aspekter (Aristidou m.fl., 2023; Bohm m.fl., 2019; Boyce-van der Wal m.fl., 2015; Bremer m.fl., 2009; Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017; Moulaert m.fl., 2010; Viktorisson m.fl., 2019; Wagner m.fl., 2021; Whitehead m.fl., 2020). Bohm m.fl. (2019) framhåller att 25 % (n=442) upplever problem med den mentala hälsan sex månader efter hjärtstoppet. Studier visar också att yngre upplever sämre mental hälsa (Bohm m.fl., 2019; Viktorisson m.fl., 2019), likaså personer med kognitiva problem (Boyce-van der Wal m.fl., 2015). Viktorisson m.fl. (2019) presenterar vidare att psykiskt lidande förekommer i större utsträckning bland kvinnor än hos män. Psykisk livskvalitet visar sig i en annan studie, påverkas främst av ångest och depression (Moulaert m.fl., 2010).

I en studie framkommer det att 30 % (n=86) upplever mild till måttlig ångest, medan 14 % upplever allvarlig ångest, de första tre månaderna. Siffrorna presenteras vara 23 % (n=74) respektive 5 % (Viktorisson m.fl., 2019) ett år efter hjärtstoppet. Ångest kan vara kopplad till rädslan av att drabbas av ett nytt hjärtstopp (Case m.fl., 2021; Wagner m.fl., 2021), samt kunna bli förstärkt vid situationer som kan associeras med den traumatiska upplevelsen (Wagner m.fl., 2021). Likaså kan närvaron av en ICD vara kopplad till ångest (Bremer m.fl., 2009; Case m.fl., 2021) och även tankarna om hur familjen påverkas av den förändrade situationen (Bremer m.fl., 2009; Wagner m.fl., 2021).

Depressiva symptom visar sig förekomma hos personer som har överlevt hjärtstopp (Case m.fl., 2021; Viktorisson m.fl., 2019). Case m.fl. (2021) framhåller att majoriteten rapporterar depressiva symptom tre till sex månader efter hjärtstoppet, medan symptomen avtar efter tolv månader. Samtidigt visar samma studie att ångestnivåerna och de depressiva symptomen är inom normalintervallet (Case m.fl., 2021). Viktorisson m.fl. (2019) presenterar att 14 % (n=86) upplever mild till måttlig depression efter tre månader, respektive 11 % (n=74) efter ett år. Personer med kognitiva problem har dessutom visat sig kunna uppleva högre nivåer av depression (Boyce-van der Wal m.fl., 2015).

Förändrade känslomässiga tillstånd påvisas i flera studier, såsom påverkat humör (Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017; Wagner m.fl., 2021). Humörförändringarna innebär irritabilitet och frustration i en studie (Case m.fl., 2021). Vidare uppger Forslund m.fl. (2017) att personer som har överlevt hjärtstopp kan ha närmare till gråt samt känna sig mer ilska än tidigare. Andra känslomässiga reaktioner såsom sorg och nedstämdhet kan även uppvisas (Wagner m.fl., 2021). Förändrade sinnesstämningar kan vara kopplade till sänkt självförtroende (Forslund m.fl., 2017; Whitehead m.fl., 2020). Wagner m.fl. (2021) menar att vissa söker efter att återfå sitt gamla jag, och att öka självkänslan.

Oro framkommer dessutom vara en vanligt förekommande känsla (Aristidou m.fl., 2023; Bremer m.fl., 2009; Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017; Wagner m.fl., 2021; Whitehead m.fl., 2020). Oron kan förekomma i samband med tankar om hjärtstoppets ärlighet, det vill säga om deras barn kommer att drabbas (Wagner m.fl., 2021). Oron verkar även vara förknippad med kroppens förändrade förmågor och funktioner (Bremer m.fl., 2009; Forslund m.fl., 2017). Hur hjärtstoppets möjliga följder påverkar nära relationer verkar även kunna bidra till oro (Bremer m.fl., 2009; Case m.fl., 2021; Wagner m.fl., 2021). Oron kan uttrycka sig i upplevelsen av att vara en belastning för familjen (Bremer m.fl., 2009), medan Wagner m.fl. (2021) och Case m.fl. (2021) menar att oron kan vara kopplad till tankar på att familjen blivit traumatiserad av händelsen.

Kognitiv påverkan

Kognitiva problem framkommer vara ytterligare en följd av hjärtstoppet (Aristidou m.fl., 2023; Boyce-van der Wal m.fl., 2015; Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017; Moulaert m.fl., 2010; Wagner m.fl., 2021; Whitehead m.fl., 2020). Case m.fl. (2021) rapporterar förekomsten av kognitiva problem hos 11 % (n=18) av deltagarna, 12 till 18 månader efter hjärtstoppet. Boyce-van der Wal m.fl. (2015) framhåller att 23 % (n=77) upplever kognitiva problem fyra veckor efter hjärtstoppet, utifrån både personerna som har överlevt och anhörigas perspektiv. De kognitiva problemen korrelerar med nedsatta funktioner i ett antal aspekter som berör den hälsorelaterade livskvaliteten, exempelvis den mentala hälsan (Boyce-van der Wal m.fl., 2015). Moulaert m.fl. (2010) framhåller att kognitiva problem främst påverkar den fysiska livskvaliteten, men även den psykiska. I flera studier framkommer minnesstörningar (Aristidou m.fl., 2023; Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017; Wagner m.fl., 2021; Whitehead m.fl., 2020) och koncentrationssvårigheter (Wagner m.fl., 2021) vara kognitiva problem hos personer som har överlevt ett hjärtstopp. Två studier menar även att problem

med talet förekommer (Case m.fl., 2021; Whitehead m.fl., 2020), likaså problem gällande uppmärksamhet (Case m.fl., 2021).

Fysiska begränsningar

En förändrad kropp

Flera studier beskriver förekomsten av olika fysiska symptom efter överlevnaden (Aristidou m.fl., 2023; Bohm m.fl., 2019; Boyce-van der Wal m.fl., 2015; Bremer m.fl., 2009; Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017; Moulaert m.fl., 2010; Wagner m.fl., 2021; Whitehead m.fl., 2020). Smärta visar sig vara ett vanligt symptom (Bohm m.fl., 2019; Forslund m.fl., 2017; Whitehead m.fl., 2020). Whitehead m.fl. (2020) och Forslund m.fl. (2017) menar att smärtan kan ha sitt ursprung i revbensfrakturer efter HLR. En annan studie framhäver huvudvärk som ett symptom efter hjärtstopp (Wagner m.fl., 2021). Smärtan visar sig kunna håll i sig. Bohm m.fl. (2019) rapporterar att 21 % (n=442) upplevde kroppslig smärta efter sex månader.

Även fatigue visar sig kunna vara vanligt förekommande (Case m.fl., 2021; Moulaert m.fl., 2010; Wagner m.fl., 2021; Whitehead m.fl., 2020), och i studier beskrivs symptomet kunna vara långvarigt (Case m.fl., 2021; Wagner m.fl., 2021). Bohm m.fl. (2019) framhåller att 25 % har problem med vitalitet efter sex månader. Kvinnor verkar dessutom ha sämre vitalitet (Bohm m.fl., 2019), likaså personer med kognitiva problem (Boyce-van der Wal m.fl., 2015). Ökad andfäddhet, minskad muskelstyrka och viktninskning är andra förekommande symptom (Whitehead m.fl., 2020). Fatigue, posttraumatisk stressyndrom samt utförande av dagliga aktiviteter menar Moulaert m.fl. (2010) är andra faktorer som kan påverka den fysiska livskvaliteten.

Behandlingars effekter och sidoeffekter

Medicinering och behandling efter hjärtstopp kan ta lång tid att vänja sig vid (Forslund m.fl., 2017). Flera studier framhäver att medicinering och behandling kan leda till olika biverkningar (Bremer m.fl., 2009; Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017). Symptomen kan vara hjärklappning, svettningar och illamående relaterat till aktiveringen av pacemaker eller ICD (Case m.fl., 2021). Även osäkerhet och rädsla kring ICDs funktion och dess närvaro menar Bremer m.fl. (2009) kan finnas hos de med ICD.

Ett förändrat socialt liv

Relationer och interaktioner

Flera studier visar att sociala relationer kan bli påverkade på olika sätt efter ett hjärtstopp (Aristidou m.fl., 2023; Boyce-van der Wal m.fl., 2015; Bremer m.fl., 2009; Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017; Wagner m.fl., 2021; Whitehead m.fl., 2020). En del upplever sig vara en belastning för sina närstående (Aristidou m.fl., 2023; Forslund m.fl., 2017). Whitehead

m.fl. (2020) bekräftar samtidigt att närstående kan uppleva ökat ansvar över att ta hand om sin partner. Ett överbeskyddande beteende upplevs kunna förekomma hos närstående (Aristidou m.fl., 2023; Forslund m.fl., 2017). Forslund m.fl. (2017) menar vidare att kontrollbehovet kan väcka irritation och påverka självständigheten hos personer som har överlevt hjärtstopp. Den förlorade självständigheten kan skapa förändrade roller i hemmet (Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017; Whitehead m.fl., 2020), vilket Case m.fl. (2021) understryker kan bidra till konflikter. Det verkar finnas delade meningar om familjens inblandning i återhämtningen. Betydelsen av familjens delaktighet lyfts i tre studier (Bremer m.fl., 2009; Forslund m.fl., 2017; Wagner m.fl., 2021). Bremer m.fl. (2009) understryker att mening och välmående kan skapas av trygghet och omsorg från värdefulla relationer. Att spendera mer tid med familj verkar vara en prioritet (Forslund m.fl., 2017). Däremot menar Wagner m.fl. (2021) att det mentala överskottet att orka umgås med familjen kan saknas.

Förändrade levnadsvanor

En del personer som har överlevt hjärtstopp granskar livet före hjärtstoppet noggrant och kan komma fram till att ohälsosamma levnadsvanor kan ligga bakom hjärtstoppet, vilket kan skapa skuld känslor (Bremer m.fl., 2009). Hos många verkar det även finnas en motivation till olika livsstilsförändringar som rör motion, matvanor och stress (Aristidou m.fl., 2023; Forslund m.fl., 2017).

Ett vardagligt liv

Flera studier framhåller att kroppens nya tillstånd skapar begränsningar i det vardagliga livet (Bohm m.fl., 2019; Boyce-van der Wal m.fl., 2015; Bremer m.fl., 2009; Forslund m.fl., 2017; Moulaert m.fl., 2010; Wagner m.fl., 2021; Whitehead m.fl., 2020). I en studie redovisas att 35 % (n=442) upplever problem med sin fysiska funktion sex månader efter hjärtstoppet och 50 % upplever nedsatt funktion på arbetet eller andra aktiviteter relaterat till fysiska problem (Bohm m.fl., 2019). Bohm m.fl. (2019) menar vidare att 62 % även spenderade mindre tid på arbetet och andra aktiviteter, minst någon gång den senaste månaden, på grund av den fysiska hälsan. Likaså pekar en annan studie på att de fysiska begränsningarna kan skapa en osäkerhet över kroppens förmågor och därför bidra till passivitet och erhållande av en försiktigare livsstil (Bremer m.fl., 2009).

Samtidigt menar Aristidou m.fl. (2023) att de fysiska förändringarna inte nödvändigtvis behöver ses som begränsningar utan som en ny verklighet att förhålla sig till. I en studie framkommer det att äldre personer och kvinnor har lägre fysisk funktion efter överlevnaden (Bohm m.fl., 2019). Dessutom påvisas det att personer med kognitiva problem upplever sämre fysisk funktion, där delaktighet i exempelvis hushållssysslor och fritidsaktiviteter är försämrad (Boyce-van der Wal m.fl., 2015).

Nästan hälften (49 %) av deltagarna i studien av Bohm m.fl. (2019) visar sig ha minskat tiden på arbetet eller andra aktiviteter minst någon gång den senaste månaden, på grund av känslomässiga problem. Vidare presenteras det att 44 % av deltagarna arbetade eller utförde

andra aktiviteter med mer försiktighet minst någon gång under den senaste månaden relaterat till de känslomässiga problemen (Bohm m.fl., 2019).

Många studier är överens om att de fysiska begränsningarna påverkar socialiseringen (Bohm m.fl., 2019; Bremer m.fl., 2009; Forslund m.fl., 2017; Wagner m.fl., 2021; Whitehead m.fl., 2020). Whitehead m.fl. (2020) tillägger att förändringarna kan påverka den sociala identiteten. Skam över begränsningarna verkar vara en känsla som kan kopplas till valet av isolering (Forslund m.fl., 2017). Aristidou m.fl. (2023) framhåller att stigmatisering kan upplevas då personer som har överlevt hjärtstopp upplever att människor ser på dem på ett annorlunda sätt.

Den sociala funktionen visas vara sämre hos personer med kognitiva problem än de utan. Dock är delaktigheten i sociala relationer inte försämrad i denna grupp (Boyce-van der Wal m.fl., 2015). Yngre upplever sämre social funktion än äldre (Viktorisson m.fl., 2019). Huruvida socialiseringen påverkar livskvaliteten verkar det dock råda delade meningar om. Moulart m.fl. (2010) framhåller att livskvaliteten inte korrelerar med deltagande i samhället medan Bremer m.fl. (2009) menar att återgång till vardagliga aktiviteter kan skapa stabilitet och en känsla av sammanhang. Wagner m.fl. (2021) understryker exempelvis att känslan av att vara behövd på arbetet kan vara en bidragande faktor till att kunna återgå till vardagen.

Erfarenheter och förslag på förbättringar av sjukvården

I flera studier lyfts kontinuitet och närvaro av vårdkontakter vara betydelsefullt (Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017). Forslund m.fl. (2017) menar att känslan av trygghet kan stärkas vid positiva besked från vården. Case m.fl. (2021) pekar på de positiva aspekterna av hjärtrehabilitering och psykosocialt stöd, som uttrycks kunna bidra till ökat självförtroende, styrka, förmåga till anpassning av nya situationer samt möjliggöra återgång till arbetslivet.

Samtidigt lyfts det fram flera förslag på förbättringar inom vården efter hjärtstopp. Deltagare i två studier beskriver att de saknar regelbundna kontroller och information (Case m.fl., 2021; Forslund m.fl., 2017). Dessutom framkommer det att det psykosociala stödet från vården kan förbättras (Case m.fl., 2021; Wagner m.fl., 2021). Ett professionellt stöd kan vidare underlätta hanteringen av det dagliga livet (Wagner m.fl., 2021). En önskan om stöd från andra i liknande situationer framkommer i två studier (Case m.fl., 2021; Wagner m.fl., 2021). Wagner m.fl. (2021) menar att stödet kan underlätta hanteringen av individuella utmaningar. Ett förslag om specifika hjärtrehabiliteringsprogram riktade till personer som har överlevt hjärtstopp utanför sjukhus lyfts även fram (Case m.fl., 2021).

Diskussion

Metoddiskussion

Valet av litteraturoversikt som design kan ses som en styrka då Friberg (2022) menar att designen är fördelaktig när ett avgränsat problem eller område inom omvårdnadsforskning ska belysas.

Datainsamling

Användningen av det strukturerade formatet PEO kan ses som relevant för frågeställningar som berör samband mellan exponering och utfall (SBU, 2023).

Valet av databaserna Cinahl och PubMed grundades på författarnas förkunskap samt att de var ämnesspecifika. Att genomföra sökningar i minst två databaser menar Östlundh (2022) är en förutsättning för att kunna presentera ett evidensbaserat litteratururval. Henricson (2017) understryker att detta ökar studiens sensitivitet och därmed trovärdighet. Att inte fler omvårdnadsspecifika databaser användes kan ses som en svaghet då relevant litteratur kan ha missats, vilket sänker arbetets validitet (Henricson, 2017). Å andra sidan förelåg begränsad tid för arbetet. Att sekundärsökning genomfördes kan dock ses som en metodologisk styrka då Östlundh (2022) menar att relevant litteratur annars riskerar att missas. Ett alternativt tillvägagångssätt hade varit att genomföra en mer omfattande sekundärsökning då det anas att relevant litteratur ändå kan ha missats.

Karlsson (2017) menar att ämnesorden i respektive databas varierar, varpå det ses som en styrka att ämnesorden formulerades olika i respektive databas. Det kan således öka träffsäkerheten i respektive databas. Likaså utökades sökblocken med synonymer, vilket kan ses som en styrka då fler relevanta artiklar hittades. Hälsorelaterad livskvalitet är ett brett begrepp och kan därför ses utifrån många olika aspekter, vilket delvis krävde att inkludera fler synonymer för att öka sökträffarna. Att kombinera ämnessökning och fritextsökning ökade sökprocessens specificitet. Således ökade också studiens sensitivitet (Henricson, 2017). Användning av *boolesk söklogik*, *trunkering*, *fältsökning* samt *sökhistorik* ökade dessutom studiens träffsäkerhet och möjligheten att hitta relevanta artiklar (Östlundh, 2022).

Urval

Användningen av flödesschema PRISMA anses vara en styrka då inkludering och exkludering av artiklar kan redovisas på ett tydligt sätt (Östlundh, 2022).

Inklusions- och exklusionskriterierna underlättande sökprocessen då irrelevanta artiklar kunde sorteras bort på ett strukturerat sätt. Inkluderingen av både kvalitativ och kvantitativ forskning kan ses som en styrka då Borglin (2023) menar att metoderna både kan styrka och komplettera varandra, vilket vidare kan öka studieresultatets trovärdighet.

Inkluderingen av artiklar som är peer reviewed kan också vara en styrka då studiens trovärdighet stärks (Henricson, 2017). Dessutom ökar möjligheten att fånga in akademiskt granskade artiklar (Olsson & Sörensen, 2021). Östlundh (2022) menar dock att peer reviewed inte garanterar artiklarnas vetenskapliga standard, därför beaktades denna aspekt även i artikelgranskningen.

På grund av arbetets tidsbegränsning exkluderades samtliga artiklar publicerade innan 2009, vilket kan ses som en svaghet då relevanta artiklar riskerade att missas. Å andra sidan kan exkluderingen ses som en styrka då Östlundh (2022) menar att artiklar publicerade nära i tid kan innebära att en mer aktuell bild av problemet kan framställas. Mårtensson och Fridlund (2017) menar dock att aktualiteten beror på problemet som ska studeras. Författarna bedömde att de inkluderade artiklarna var aktuella för studiens syfte.

Att ingen exklusion i arbetet avseende geografi eller tid efter hjärtstoppets inträffande kan ses som en svaghet då resultatet inte är direkt överförbart till en specifik grupp (Mårtensson & Fridlund, 2017). Olika länder har olika kultur och sjukvårdssystem. Överlevare kan dessutom uppleva sin hälsorelaterade livskvalitet olika beroende på tidpunkt efter hjärtstoppet. Därmed kan det vara svårt att överföra resultatet till en viss population, exempelvis personer som har överlevt hjärtstopp och som är bosatta i Sverige. Att ge en generell bild av populationens upplevelse kan dock inkludera flera synvinklar, så kallad källtriangulering, vilket kan stärka litteraturöversiktens trovärdighet (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Kvalitetsgranskning

Studiens reliabilitet kan ha sänkts då kvalitetsgranskningen genomfördes separat (Henricson, 2017). En ständig diskussion fördes dock mellan författarna om oklarheter. Detta gjorde att författarna var överens om artiklarnas vetenskapliga kvalitet. Trots detta kan felbedömningar ha skett då enstaka frågor besvarades med fri tolkning. Hade studien gjorts om hade kvalitetsgranskningen av samtliga artiklar genomförts gemensamt efter den separata granskningen.

Dataanalys

Analysstegen i Fribergs (2022) modell ansågs bidra till tydlighet i dataanalysen. Författarnas förförståelse av ämnet är en svaghet då Henricson (2017) menar att studiens resultat kan ha påverkats. Detta minskar således arbetets vetenskapliga kvalitet. Däremot ökar arbetets pålitlighet av att förförståelsen påvisas (Mårtensson & Fridlund, 2017). Vidare kan författarnas begränsade engelska och metodologiska kunskaper ses som en svaghet då Kjellström (2017) menar att risken för feltolkningar ökar. Däremot bör risken för feltolkningar ha minskat eftersom oklarheter ständigt diskuterades. Genom att handledare och studiekamrater granskade resultatet förstärktes studiens pålitlighet och trovärdighet (Henricson, 2017).

Etiska aspekter

Då valda studier berör *upplevelser* gällande att överleva hjärtstopp fanns en stor medvetenhet hos författarna att forskningen behandlade känsliga ämnen som berör deltagarnas privatliv. Det var viktigt att endast inkludera artiklar som noggrant har påvisat ett etiskt övervägande och etiskt godkännande, eftersom artiklarnas resultat utgör en del av författarnas resultat. Att etiska principer beaktades säkerställer arbetets kvalitet och moraliska acceptans (Mårtensson & Fridlund, 2017) och är i enlighet med Helsingforsdeklarationen.

Användandet av AI som komplement vid begreppsförklaring anses inte ha påverkat studiens innehåll då svaren jämfördes med vetenskapliga artiklar och kurslitteratur.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva personers upplevelser av hälsorelaterad livskvalitet efter att ha överlevt ett hjärtstopp utanför sjukhus.

Resultatet visade på att personer som har överlevt ett hjärtstopp upplever en förändrad hälsorelaterad livskvalitet. Huvudfynden påvisade förekomsten av förändringar i form av stark närvaro av ångest, oro och tacksamhet samt kroppsliga förändringar som smärta och fatigue. Så väl de psykiska som de fysiska följderna skapade begränsningar i det vardagliga livet. Resultatet bekräftade vidare att stöd från värdefulla relationer, andra överlevare och vårdpersonal kunde bidra till en känsla av trygghet och ett ökat välbefinnande. Liknande fynd har även lyfts fram i två översiktsartiklar av Haydon m.fl. (2017) och Southern m.fl. (2024). Resultaten diskuteras nedan i relation till tidigare forskning, känslan av trygghet samt personcentrerad vård.

Förändringar i den hälsorelaterade livskvaliteten

Resultatet visade på att den sammantagna hälsorelaterade livskvaliteten efter sex månader inte skiljde sig mot övriga befolkningen (Bohm m.fl., 2019). I kontrast till detta har Smith m.fl. (2015) framhävt att den hälsorelaterade livskvaliteten ett år efter hjärtstoppet är lägre än tidigare, hos majoriteten av de som har överlevt. Diversiteten av de olika resultaten kan förklaras av att den hälsorelaterade livskvaliteten är en subjektiv uppfattning (Hays & Reeve, 2008). Huruvida hälsan uppskattas kan således vara individuell. Dessutom kan de olika mätinstrumenten vara olika uppbyggda, vilket gör att den hälsorelaterade livskvaliteten mäts ur olika dimensioner. Användningen av olika mätinstrument avseende att skatta hälsorelaterad livskvalitet kan därmed leda till att olika resultat genereras.

Vikten av individanpassad vård

Det påvisades att kvinnor skattade sin hälsorelaterade livskvalitet lägre än män. Kvinnor kunde i större utsträckning uppleva ett psykiskt lidande och nedsatt fysisk funktion än män. Nehme m.fl. (2019) har framhållit att kvinnor tenderar att uppskatta sin hälsorelaterade

livskvalitet lägre än män, där de största könsskillnaderna visade sig vara förekomst av ångest och depression samt den fysiska funktionen. Kvinnliga deltagare med depressiva symptom har även visat sämre återhämtning och har även uttryckt ett större behov av hjälp (Pek m.fl., 2023). En studie som har undersökt patienter med Parkinsons sjukdom har visat att det sociala stödet från hälso- och sjukvården kan variera mellan könen (Göttgens m.fl., 2020). Variationen har även framhållits i en annan studie som har undersökt patienter med kranskärtsjukdom, som utöver det har nämnt att skillnader i den hälsorelaterade livskvaliteten inte nödvändigtvis behöver bero på biologiska aspekter utan snarare samhällets könsroller (Norris m.fl., 2008).

Att vårdresurser och det sociala stödet skiljer sig åt mellan könen skulle kunna bidra till sämre hälso- och sjukvård och därmed försämrad upplevd hälsorelaterad livskvalitet. I praktiken är det därför viktigt att sjuksköterskor är medvetna om de könsskillnader som finns. Genom att tillämpa ett personcentrerat förhållningssätt kan sjuksköterskor erbjuda individanpassat stöd och därmed minska skillnaderna. Detta skulle kunna innebära att sjuksköterskor fångar upp kvinnors specifika behov, exempelvis genom att erbjuda samtalsstöd och riktad rehabilitering. Dessa insatser hade således kunnat förstärka kvinnors känsla av trygghet, vilket är centralt för att förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten.

Ålder visades likaså vara en faktor som påverkade upplevelsen av den hälsorelaterade livskvaliteten. Det framkom att yngre uppskattade sin mentala hälsa och sociala funktion sämre än äldre, vilket även har samstämt med Wimmer m.fl. (2021) studie. Det kan ses som rimligt då konsekvenserna av minskad hälsorelaterad livskvalitet kan påverka yngre i högre grad, på grund av att de inte kan uppfylla sina roller inom familjen, sociala aktiviteter och arbete på samma sätt som tidigare. Däremot tydde resultatet på att äldre uppskattade sin fysiska funktion sämre än vad yngre gjorde. Diskrepansen kan förslagsvis vara en följd av den normala åldringsprocessen. En studie har framhållit att äldre har fler fysiska begränsningar, vilket kan göra det svårt att särskilja huruvida begränsningarna varit befintliga från början eller uppstått som en följd av hjärtstoppet (Beesems m.fl., 2014).

Att arbeta personcentrerat innebär även att beakta åldersspecifika behov. För att öka äldres välmående kan det innebära att inkludera rehabilitering i syfte att stärka fysisk funktion. Det belyser behovet av ett multidisciplinärt team. För yngre kan det däremot handla om att utöka stödet för att uppmuntra och underlätta en återgång till arbete och sociala aktiviteter. Sjuksköterskor har där en viktig roll att med ett empatiskt och lyhört förhållningssätt skapa relationer, där personen som har överlevt hjärtstopp får känna sig sedd och hörd. Det är i partnerskapet som gemensamt uppsatta mål kan formuleras, vilket kan underlätta en individuell och stegvis återgång till livet som önskas. Enligt Mollon (2014) är tillgänglighet, närvaro, tillit och ett gott omhändertagande av sjukvårdspersonal avgörande för att skapa trygghet, vilket också är centralt för personcentrerad vård. Detta kan således främja återhämtningen och öka upplevelsen av den hälsorelaterade livskvaliteten.

En annorlunda psykisk hälsa

I resultatet framkom tydliga mönster av psykiska förändringar hos personer som har överlevt hjärtstopp. Det visades att många levde med oro, ångest, depression, existentiella tankar och

en underliggande rädsla av att drabbas av ett nytt hjärtstopp. Dessa följder har även framkommit i två översiktsartiklar (Haydon m.fl., 2017; Southern m.fl., 2024).

Förekomsten av psykisk ohälsa var ett tydligt huvudfynd som dock verkade avta med tiden, något som även Haydon m.fl. (2017) har framhållit. I kontrast till detta har Chen m.fl. (2023) presenterat att den höga förekomsten av ångest och depression kvarstod ett år eller mer efter hjärtstoppet. Gils m.fl. (2023) har visat att 50 % (n=14) av deltagarna fortfarande rapporterade symptom på ångest och depression ett år efter hjärtstoppet. Variationerna i resultatet hade kunnat förklaras av de olika studiernas urval och metodik. Oavsett omfattning verkar det ändå finnas ett mönster av psykisk ohälsa hos personer som har överlevt hjärtstopp. Något som heller inte är speciellt förvånande med tanke på den traumatiska upplevelsen som genomlidits. Det har även påvisats att underliggande sjukdomar förekommer hos deltagarna i flera studier, vilket skulle kunna vara en bidragande faktor till psykisk ohälsa.

Den psykiska livskvaliteten verkade försämrats särskilt av ångest och depression. Detta ökar förståelsen för att sjukvården behöver fånga upp personer som lider av detta, och erbjuda dem individuellt stöd. Stödet bör anpassas till varje persons unika behov, förutsättningar och preferenser. Fokus behöver ligga på att skapa en trygg miljö, där alla tankar och känslor får florerat. Ett personcentrerat förhållningssätt där sjuksköterskan lyssnar till personens berättelse blir således viktigt för att bygga ett förtroendefullt partnerskap och kunna tillgodose patientens individuella behov, mål och önskningsvilket kan främja känslan av trygghet. En sådan trygghet är viktig att känna för att öka upplevelsen av den hälsorelaterade livskvaliteten. Att eftersträva trygghet i vården styrks även av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017).

Just stödet från hälso- och sjukvården uppfattades vara till stor hjälp för personer som har överlevt hjärtstopp, men det vittnades fortfarande om ett bristande stöd. I likhet med det har Southern m.fl. (2024) framhållit att vården tenderar att fokusera på de medicinska behoven snarare än de psykiska och sociala. Bristen på psykosocialt stöd, främst där ångest och depression föreligger, kan tänkas få konsekvenser i form av försämrade psykisk ohälsa, ökad social isolering, minskad hälsorelaterad livskvalitet vilket vidare skapar högre samhällskostnader. Att initiera insatser tidigt kan således vara mycket fördelaktigt.

Ur resultatet lyftes det även fram att det fanns en antydning till kognitiva problem bland deltagare, men att andelen var relativt liten. Något som även Wimmer m.fl. (2021) har rapporterat. Resultatet kan dock ifrågasättas då personer med mycket nedsatt kognitiv förmåga möjligtvis exkluderats i studierna, vilket lämnar ett stort mörkertal i den aspekten. Gils m.fl. (2023) har framhållit att 93 % hade kognitiva problem ett år efter hjärtstoppet. Skillnaden i resultaten hade återigen kunnat förklaras av variationen i studiernas urval och metodik. Oavsett omfattning av kognitiva problem kan det konstateras att förekomsten är ett faktum. Kognitiva förändringar visade sig även kunna försämra flera aspekter av den hälsorelaterade livskvaliteten hos personer som överlevt hjärtstopp, där problemen främst verkade påverka den fysiska livskvaliteten.

Huvudfyndet bidrar med förståelse för vikten av att identifiera och följa upp personer med kognitiva problem. I ljuset av ett personcentrerat förhållningssätt ska vården anpassas för att

kunna tillgodose de individuella behoven som finns. Kognitivt stöd i form av hjälpmedel, en tydlig kommunikation och att inkludera familjen i vården är åtgärder som hade kunnat tillämpas särskilt i vården för patienter med kognitiva problem. Norekvål m.fl. (2017) har framhävt att ett familjecentrerat förhållningssätt kan förebygga komplikationer och öka känslan av trygghet hos patienter med hjärtsjukdomar. Vid förekomst av kognitiva problem anar författarna att det blir mycket aktuellt att inkludera anhöriga i vården, för att kunna främja känslan av kontroll och trygghet.

Kroppsliga symptom som en del av det nya livet

Studiens resultat belyste att kroppsliga symptom, särskilt smärta och fatigue, hade en tydlig koppling till upplevelsen av sämre fysisk livskvalitet. Dessa symptom beskrevs kunna bidra till begränsningar i det vardagliga livet, vilket även Southern m.fl. (2024) har nämnt. Smärta och fatigue kunde förekomma lång tid efter hjärtstoppet även om Haydon m.fl. (2017) har framhållit att känslan av fatigue kan minska med tiden och istället ersättas av en känsla av styrka.

Trots att symptomen är subjektiva är det viktigt att sjuksköterskor förstår att symptomen, och dess inverkan på det dagliga livet kan vara mycket påfrestande att leva med. Enligt Santamäki Fischer (2019) kan känslan av otrygghet upplevas i svårbemästrade situationer. Med ett personcentrerat förhållningssätt präglad av empati, lyhördhet och närvaro kan dock känslan av trygghet återställas. Att ta del av patientens unika berättelse blir särskilt viktigt för att kunna möjliggöra detta. Sjuksköterskans kunskap och patientens egen upplevelse kan tillsammans skapa specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidsbestämda mål för att lindra symptomen och främja känslan av välbefinnande och trygghet. Exempelvis kan en individanpassad rehabilitering fokusera på att minska de kroppsliga symptomen för att stegvis kunna återgå till en vardag med färre begränsningar och en ökad livskvalitet.

Ett förändrat vardagligt liv

Förekomsten av de psykiska och fysiska förändringarna skapade svårigheter i det vardagliga livet på olika sätt. Resultatet vittnar om förändrade relationer, isolering och minskad tid för arbete och andra vardagliga aktiviteter. Kopplingar verkade finnas mellan isolering och känslan av skam och stigmatisering. Likaså verkade det finnas en bristande tillit till kroppens förmåga att klara av utmaningar. Dessa huvudfynd har även samstämt med resultatet från Haydon m.fl. (2017) och Southern m.fl. (2024).

Synen på socialiseringens roll för upplevelsen av den hälsorelaterade livskvaliteten varierade dock. Betydelsen av att återgå till vardagliga aktiviteter för att kunna skapa stabilitet och främja känslan av sammanhang framhölls. Moolaert m.fl. (2010) menade intressant nog att deltagande i samhället inte nödvändigtvis påverkade livskvaliteten. Detta hade dock kunnat förklaras av att deltagarna i denna studie var pensionerade redan innan hjärtstoppets inträffande.

Ett personcentrerat förhållningssätt, med tyngdpunkt i partnerskapet mellan patient och sjuksköterska är dock avgörande för att kunna hjälpa patienter med att återgå till ett tidigare socialt och aktivt liv. Genom att kommunicera och inkludera patienten i vårdbeslut kan sjuksköterskan främja patientens tilltro på sin egen förmåga, så kallad self-efficacy (Ekman m.fl., 2020; Fors m.fl., 2015). Self-efficacy har visat sig kunna stärka både sociala och fysiska funktioner hos personer med hjärt- och kärlsjukdomar (Vibulchai m.fl., 2016), vilket därmed kan möjliggöra en snabbare återhämtning. Personcentrerad vård har visat sig bidra till kortare sjukhusvistelser och färre återinläggningar (Ekman m.fl., 2012). På samma sätt finns det tankar om att self-efficacy kan ses som ett kostnadseffektivt tillvägagångssätt för att öka förutsättningarna till förbättrad självupplevd hälsorelaterad livskvalitet.

Slutsatser

Litteraturöversikten belyser att personer som har överlevt ett hjärtstopp har ställts inför en omvälvande upplevelse som tenderar att påverka deras psykiska och existentiella välmående, deras fysiska funktion och sociala tillvaro. Detta orsakar i flera fall en minskad upplevd hälsorelaterad livskvalitet. Sjuksköterskor har i ljuset av detta en unik möjlighet och ett viktigt ansvar, att i enlighet med personcentrerad vård, identifiera och tillgodose de individuella behoven som förekommer. Genom att utveckla partnerskap, vara lyhörd och visa empati kan patientens unika behov tillgodoses, vilket kan främja känslan av trygghet. Tryggheten kan således få betydelse för upplevelsen av den hälsorelaterade livskvaliteten hos personer som har överlevt ett hjärtstopp.

Kliniska implikationer

Vården behöver präglas av ett personcentrerat förhållningssätt där sjuksköterskor har en viktig uppgift i att bygga partnerskap med patienten. Att lyssna aktivt till patientens unika berättelse, ta subjektiva symptom på allvar och att visa empati för den visade sårbarheten är avgörande för att uppnå detta. Sjuksköterskor har en viktig roll i att identifiera och fånga upp patienter som är särskilt utsatta i efterförloppet, vilket visade sig vara personer med kognitiva, psykiska, fysiska eller sociala svårigheter i olika åldrar och med olika kön. Genom tillräckliga resurser och utbildning i personcentrerad vård kan arbetsgivare skapa förutsättningar för sjuksköterskor att arbeta personcentrerat.

Kontinuitet och uppföljning kan dessutom vara avgörande för att skapa trygghet hos både patienter och deras närstående. Då bristfälligt stöd och bristande närvaro av sjukvården belystes kan en utvecklad samverkan mellan slutenvård och primärvård därför vara aktuellt. För att kunna tillgodose patienters unika behov bör individuella rehabiliteringsprogram för både fysiska, psykiska och sociala svårigheter prioriteras högt. Samverkan med andra

professioner kan således vara avgörande för att främja tryggheten och öka upplevelsen av den hälsorelaterade livskvaliteten hos patienten.

Vidare forskning

Eftersom det råder stor variation av upplevelsen av den hälsorelaterade livskvaliteten, kan vidare kvalitativ forskning vara aktuellt för att fånga individuella upplevelser vilket kan identifiera förbättringsområden inom vården. Vidare föreligger köns- och ålderskillnader i upplevelsen av den hälsorelaterade livskvaliteten, vilket uppmärksammar att det finns ett behov av ytterligare forskning avseende detta.

Likaså finns ett behov av mer forskning som berör personcentrerad vård och dess effekter på samhällsnivå, då vårdkostnaderna förväntas kunna minska. Genom att utveckla vården med ett personcentrerat perspektiv i fokus kan bättre förutsättningar skapas för att kunna främja trygghet och stärka upplevelsen av den hälsorelaterade livskvaliteten efter hjärtstopp.

Referenser

- Almerud Österberg, S., & Rahmqvist, J. (2019). Akut omhändertagande. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa* (3 uppl., s. 189–211). Studentlitteratur.
- Aristidou, M., Karanikola, M., Kusi-Appiah, E., Koutroubas, A., Pant, U., Vouzavali, F., Lambrinou, E., & Papathanassoglou, E. (2023). The living experience of surviving out-of-hospital cardiac arrest and spiritual meaning making. *Nursing Open*, *10*(8), 5282–5292. <https://doi.org/10.1002/nop2.1766>
- Ask, M., & Ivarsson, B. (2012). Vård av patient som genomgår PCI eller CABG. I B. Fridlund, D. Malm, & J. Mårtensson (Red.), *Kardiologisk omvårdnad* (2 uppl., s. 197–214). Studentlitteratur.
- Beesems, S. G., Wittebrood, K. M., de Haan, R. J., & Koster, R. W. (2014). Cognitive function and quality of life after successful resuscitation from cardiac arrest. *Resuscitation*, *85*(9), 1269–1274. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.05.027>
- Bohm, M., Lilja, G., Finnbogadóttir, H., Cronberg, T., Undén, J., Friberg, H., Kjærgaard, J., Nielsen, N., Wise, M. P., & Åkerman, E. (2019). Detailed analysis of health-related quality of life after out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, *135*, 197–204. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.10.028>
- Borglin, G. (2023). Mixad metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., s. 241–258). Studentlitteratur.
- Boyce-van der Wal, L. W., Volker, W. G., Vliet Vlieland, T. P. M., van den Heuvel, D. M. J., van Exel, H. J., & Goossens, P. H. (2015). Cognitive problems in patients in a cardiac rehabilitation program after an out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, *93*, 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.05.029>
- 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. <https://doi.org/10.1177/1049732309331866>
- Case, R., Stub, D., Mazzagatti, E., Pryor, H., Mion, M., Ball, J., Cartledge, S., Keeble, T. R., Bray, J. E., & Smith, K. (2021). The second year of a second chance: Long-term

- psychosocial outcomes of cardiac arrest survivors and their family. *Resuscitation*, 167, 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.06.018>
- Chen, X., Li, D., He, L., Yang, W., Dai, M., Lan, L., Diao, D., Zou, L., Yao, P., & Cao, Y. (2023). The prevalence of anxiety and depression in cardiac arrest survivors: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 83, 8–19. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.03.013>
- Delhomme, C., Njeim, M., Varlet, E., Pechmajou, L., Benameur, N., Cassan, P., Derkenne, C., Jost, D., Lamhaut, L., Marijon, E., Jouven, X., & Karam, N. (2019). Automated external defibrillator use in out-of-hospital cardiac arrest: Current limitations and solutions. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 112(3), 217–222. <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2018.11.001>
- Ekman, I., Lundberg, M., Lood, Q., Swedberg, K., & Norberg, A. (2020). Personcentrering—En etik i praktiken. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (2 uppl., s. 27–53). Liber.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care—Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L.-E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: The PCC-HF study. *European Heart Journal*, 33(9), 1112–1119. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr306>
- Ekwall, A. (2024). Cirkulation, C - circulation. I A. Ekwall & C. Flint (Red.), *Akut bedömning och initial behandling: Strukturerat omhändertagande* (1 uppl., s. 103–123). Studentlitteratur.
- Elmer, J., & Callaway, C. W. (2023). Temperature control after cardiac arrest. *Resuscitation*, 189. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2023.109882>
- Fors, A., Ekman, I., Taft, C., Björkelund, C., Frid, K., Larsson, M. E., Thorn, J., Ulin, K., Wolf, A., & Swedberg, K. (2015). Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care—A randomised controlled trial. *International Journal of Cardiology*, 187, 693–699. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.03.336>

- Forslund, A.-S., Jansson, J.-H., Lundblad, D., & Söderberg, S. (2017). A second chance at life: People's lived experiences of surviving out-of-hospital cardiac arrest. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *31*(4), 878–886.
<https://doi.org/10.1111/scs.12409>
- Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4 uppl., s. 185–198). Studentlitteratur.
- Gils, P. C. W. van, Ruijter, B. J., Bloo, R. J. K., Putten, M. J. A. M. van, Foudraïne, N. A., Hout, M. S. E. van, Tromp, S. C., Mook, W. N. K. A. van, Rouhl, R. P. W., Heugten, C. M. van, & Hofmeijer, J. (2023). Cognition, emotional state, and quality of life of survivors after cardiac arrest with rhythmic and periodic EEG patterns. *Resuscitation*, *189*. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2023.109830>
- Gräsner, J.-T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B. M., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., Bein, B., Böttiger, B. W., Rosell-Ortiz, F., Nolan, J. P., Bossaert, L., & Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, *161*, 61–79. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
- Göttgens, I., van Halteren, A. D., de Vries, N. M., Meinders, M. J., Ben-Shlomo, Y., Bloem, B. R., Darweesh, S. K. L., & Oertelt-Prigione, S. (2020). The Impact of Sex and Gender on the Multidisciplinary Management of Care for Persons With Parkinson's Disease. *Frontiers in Neurology*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.576121>
- Hage, C., & Thorvaldsen, T. (2022). Hjärtsjukdomar. I A. Ekwall & A. M. Jansson (Red.), *Omvårdnad & medicin* (2 uppl., s. 113–159). Studentlitteratur.
- Haydon, G., van der Riet, P., & Inder, K. (2017). A systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature exploring the experiences and quality of life of survivors of a cardiac arrest. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *16*(6), 475–483.
<https://doi.org/10.1177/1474515117705486>
- Hays, R. D., & Reeve, B. B. (2008). Measurement and Modeling of Health-Related Quality of Life. *International Encyclopedia of Public Health*. <https://doi.org/10.1016/b978-012373960-5.00336-1>
- Hellberg, S., & Karlsson, K. (2023). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., s. 85–102). Studentlitteratur.

- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 411–420). Studentlitteratur.
- Holmberg, S. (2010). Hjärtstopp. I L. Wallentin & B. Lindahl (Red.), *Akut kranskärlssjukdom* (4 uppl., s. 121–129). Liber.
- Hälso- och sjukvårdslag*, (SFS 2017:30). Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/
- Jerkeman, M., Sultanian, P., Lundgren, P., Nielsen, N., Helleryd, E., Dworeck, C., Omerovic, E., Nordberg, P., Rosengren, A., Hollenberg, J., Claesson, A., Aune, S., Strömsöe, A., Ravn-Fischer, A., Friberg, H., Herlitz, J., & Rawshani, A. (2022). Trends in survival after cardiac arrest: A Swedish nationwide study over 30 years. *European Heart Journal*, 43(46), 4817–4829. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac414>
- Karason, K. (2017). Arytmi. I S. Lindgren, A. Engström-Laurent, K. Karason, & E. Tiensuu Janson (Red.), *Medicin* (2 uppl., s. 125–159). Studentlitteratur.
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645–649.
<https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 81–97). Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57–80). Studentlitteratur.
- Lapidus, O., Jonsson, M., Svensson, L., Hollenberg, J., Berglund, E., Riva, G., Claesson, A., Nordberg, P., Rosenqvist, M., Forsberg, S., Nord, A., & Ringh, M. (2023). Effects of a volunteer responder system for out-of-hospital cardiac arrest in areas of different population density – A retrospective cohort study. *Resuscitation*, 191, 109921.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2023.109921>
- Lee, S. Y., Shin, S. D., Lee, Y. J., Song, K. J., Hong, K. J., Ro, Y. S., Lee, E. J., & Kong, S. Y. (2019). Text message alert system and resuscitation outcomes after out-of-hospital cardiac arrest: A before-and-after population-based study. *Resuscitation*, 138, 198–207. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.01.045>

- Marijon, E., Uy-Evanado, A., Dumas, F., Karam, N., Reinier, K., Teodorescu, C., Narayanan, K., Gunson, K., Jui, J., Jouven, X., & Chugh, S. S. (2016). Warning Symptoms Are Associated With Survival From Sudden Cardiac Arrest. *Annals of internal medicine*, *164*(1), 23–29. <https://doi.org/10.7326/M14-2342>
- Martin, S. S., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Barone Gibbs, B., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Commodore-Mensah, Y., Currie, M. E., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Johansen, M. C., Kalani, R., Kazi, D. S., ... American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee (2024). 2024 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association. *Circulation*, *149*(8), e347–e913. <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000001209>
- Mollon, D. (2014). Feeling safe during an inpatient hospitalization: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(8), 1727–1737. <https://doi.org/10.1111/jan.12348>
- 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*(6), 553–558. <https://doi.org/10.2340/16501977-0547>
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 421–438). Studentlitteratur.
- Nehme, Z., Andrew, E., Bernard, S., & Smith, K. (2019). Sex differences in the quality-of-life and functional outcome of cardiac arrest survivors. *Resuscitation*, *137*, 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.01.034>
- Nolan, J. P., Sandroni, C., Böttiger, B. W., Cariou, A., Cronberg, T., Friberg, H., Genbrugge, C., Haywood, K., Lilja, G., Moulaert, V. R. M., Nikolaou, N., Olasveengen, T. M., Skrifvars, M. B., Taccone, F., & Soar, J. (2021). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: Post-resuscitation care. *Intensive Care Medicine*, *47*(4), 369–421. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06368-4>
- Norekvål, T. M., Kirchhof, P., & Fitzsimons, D. (2017). Patient-centred care of patients with ventricular arrhythmias and risk of sudden cardiac death: What do the 2015 European

- Society of Cardiology guidelines add? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(7), 558–564. <https://doi.org/10.1177/1474515117702558>
- Norris, C. M., Spertus, J. A., Jensen, L., Johnson, J., Hegadoren, K. M., & Ghali, W. A. (2008). Sex and Gender Discrepancies in Health-Related Quality of Life Outcomes Among Patients With Established Coronary Artery Disease. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 1(2), 123–130. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.108.793448>
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (4 uppl.). Liber.
- Pek, P. P., Fan, K. C., Ong, M. E. H., Luo, N., Østbye, T., Lim, S. L., & Ho, A. F. (2023). Determinants of health-related quality of life after out-of-hospital cardiac arrest (OHCA): A systematic review. *Resuscitation*, 188, 109794. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2023.109794>
- Rey, J. R., Caro-Codón, J., Rodríguez Sotelo, L., López-de-Sa, E., Rosillo, S. O., González Fernández, Ó., Fernández de Bobadilla, J., Iniesta, Á. M., Peña Conde, L., Antorrena Miranda, I., Armada, E., Ruiz Cantador, J., & López-Sendón, J. L. (2020). Long term clinical outcomes in survivors after out-of-hospital cardiac arrest. *European Journal of Internal Medicine*, 74, 49–54. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2019.11.024>
- Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 375–387). Studentlitteratur.
- Santamäki Fischer, R. (2019). Tröst och trygghet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt* (3 uppl., s. 441–462). Studentlitteratur.
- Schierbeck, S., Nord, A., Svensson, L., Ringh, M., Nordberg, P., Hollenberg, J., Lundgren, P., Folke, F., Jonsson, M., Forsberg, S., & Claesson, A. (2023). Drone delivery of automated external defibrillators compared with ambulance arrival in real-life suspected out-of-hospital cardiac arrests: A prospective observational study in Sweden. *The Lancet. Digital Health*, 5(12), e862–e871. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(23\)00161-9](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(23)00161-9)
- Semeraro, F., Greif, R., Böttiger, B. W., Burkart, R., Cimpoesu, D., Georgiou, M., Yeung, J., Lippert, F., S Lockey, A., Olasveengen, T. M., Ristagno, G., Schlieber, J., Schnaubelt,

- S., Scapigliati, A., & G Monsieurs, K. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Systems saving lives. *Resuscitation*, *161*, 80–97.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.008>
- Smith, K., Andrew, E., Lijovic, M., Nehme, Z., & Bernard, S. (2015). Quality of Life and Functional Outcomes 12 Months After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation*, *131*(2), 174–181. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.011200>
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård—Stöd för styrning och ledning*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>
- Southern, C., Tutton, E., Dainty, K. N., Seers, K., Pearson, N. A., Couper, K., Ellard, D. R., Perkins, G. D., & Haywood, K. L. (2024). The experiences of cardiac arrest survivors and their key supporters following cardiac arrest: A systematic review and meta-ethnography. *Resuscitation*, *198*, 110188.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2024.110188>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2023). *Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten- en metodbok*.
<https://www.sbu.se/sv/metod/metodboken-2023/>
- Stieglis, R., Zijlstra, J. A., Riedijk, F., Smeeke, M., van der Worp, W. E., Tijssen, J. G. P., Zwinderman, A. H., Blom, M. T., & Koster, R. W. (2022). Alert system-supported lay defibrillation and basic life-support for cardiac arrest at home. *European Heart Journal*, *43*(15), 1465–1474. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab802>
- Strömberg, A. (2019). Cirkulation. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa* (3 uppl., s. 445–474). Studentlitteratur.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.
<https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>
- Svenska Hjärt- Lungräddningsregistret. (2024). *SHLR Årsrapport 2023*.
<https://arsrapporter.registercentrum.se/shlr/20241001/>
- Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2021a). *Avancerad HLR vuxen för sjukvårdspersonal: Kursbok*. Svenska rådet för hjärt-lungräddning.
- Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2021b). *Hjärt-lungräddning vuxen för sjukvårdspersonal: Kursbok*. Svenska rådet för hjärt-lungräddning.

- Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2021c). *Svenska riktlinjer för uppföljning efter hjärtstopp*. <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2021/11/Svenska.riktlinjer.2021.uppfoljning.pdf>
- Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2024). *Årsrapport 2023 Sveriges hjärtstartarregister*. <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2024/10/Årsrapport-2023-Sveriges-hjartstartarregister.pdf>
- Svenska rådet för hjärt-lungräddning, & Riksförbundet HjärtLung. (2021). *Livet efter hjärtstopp: Informationsmaterial till överlevare och deras närstående*. https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2021/11/Livet-efter-hjartstopp_Informationsmaterial.pdf
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Vibulchai, N., Thanasilp, S., & Preechawong, S. (2016). Randomized controlled trial of a self-efficacy enhancement program for the cardiac rehabilitation of Thai patients with myocardial infarction. *Nursing & Health Sciences*, 18(2), 188–195. <https://doi.org/10.1111/nhs.12243>
- Viktorisson, A., Sunnerhagen, K. S., Johansson, D., Herlitz, J., & Axelsson, Å. (2019). One-year longitudinal study of psychological distress and self-assessed health in survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *BMJ Open*, 9(7), e029756. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029756>
- Wagner, M. K., Berg, S. K., Tang, L. H., Stenbaek, D. S., Hassager, C., & Missel, M. (2021). Understanding the lived experiences of short- and long-term consequences on daily life after out-of-hospital cardiac arrest. A focus group study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(3), 1442–1452. <https://doi.org/10.1111/jan.14707>
- Weisfeldt, M. L., Kerber, R. E., McGoldrick, R. P., Moss, A. J., Nichol, G., Ornato, J. P., Palmer, D. G., Riegel, B., & Smith, S. C. (1995). American Heart Association Report on the Public Access Defibrillation Conference December 8-10, 1994. *Circulation*, 92(9), 2740–2747. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.92.9.2740>

- Whitehead, L., Tierney, S., Biggerstaff, D., Perkins, G. D., & Haywood, K. L. (2020). Trapped in a disrupted normality: Survivors' and partners' experiences of life after a sudden cardiac arrest. *Resuscitation*, *147*, 81–87.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.12.017>
- Wikström, J. (2018). *Akutsjukvård: omvårdnad och behandling vid akut sjukdom och skada* (3 uppl.). Studentlitteratur.
- Wimmer, H., Lundqvist, C., Šaltyté Benth, J., Stavem, K., Andersen, G. Ø., Henriksen, J., Drægner, T., Sunde, K., & Nakstad, E. R. (2021). Health-related quality of life after out-of-hospital cardiac arrest – a five-year follow-up study. *Resuscitation*, *162*, 372–380. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.01.036>
- Wärnå-Furu, C. (2022). Hälsa. I L. Wiklund Gustin & M. Asp (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (3 uppl., s. 127–139). Studentlitteratur.
- Zeppenfeld, K., Tfelt-Hansen, J., de Riva, M., Winkel, B. G., Behr, E. R., Blom, N. A., Charron, P., Corrado, D., Dagres, N., de Chillou, C., Eckardt, L., Friede, T., Haugaa, K. H., Hocini, M., Lambiase, P. D., Marijon, E., Merino, J. L., Peichl, P., Priori, S. G., Reichlin, T., ... ESC Scientific Document Group (2022). 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *European heart journal*, *43*(40), 3997–4126.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac262>
- Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4 uppl., s. 79–109). Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1: Söktabell

Datum	Databas	Sökning	Begränsningar	Antal träffar	Granskade artiklar på titel och abstractnivå	Valda artiklar
2024-10-22	Cinahl	survival OR survivors OR surviv* AND "Out-of-Hospital Cardiac Arrest*" OR heart arrest OR "cardiac arrest*" AND emotions OR experience* AND "health related quality of life" OR Quality of life OR wellbeing OR Life experiences	2009-2024 Peer review	51	8	Aristidou, M. m.fl. (2023) Case, R. m.fl. (2021) Forslund, A. S. m.fl. (2017) Whitehead, L. m.fl. (2020)
2024-10-22	PubMed	((survival OR survivors OR surviv*) AND (Out-of-Hospital Cardiac Arrest OR "Out-of-Hospital Cardiac Arrests")) AND (emotions OR experience*) AND (Health related quality of life OR Quality of life OR wellbeing OR "Life Experience*")	2009-2024	84	20	Bohm, M. m.fl. (2019) Boyce-van der Wal, L. W. m.fl. (2015) Bremer, A. m.fl. (2009) Moulaert, V. R. m.fl. (2010) Viktorisson, A. m.fl. (2019) Wagner, M. K. m.fl. (2021)

Bilaga 2: Bedömningsmall av kvalitativ och kvantitativ metod (Olsson & Sörensen, 2021)

Bedömningsmall för studier med kvalitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
Abstract (syfte, metod, resultat = 3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med t.ex. lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5–20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställningen besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc.)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teorier etc.)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 48p)	p	p	p	p
				p
				%
Grad I: 80%				Grad
Grad II: 70%				
Grad III: 60%				
Titel				
Författare				

Bedömningsmall för studier med kvantitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
Abstract (syfte, metod, resultat = 3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med t.ex. lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5–20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställningen besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc.)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 47p)	p	p	p	p
				P
Grad I: 80 %				%
Grad II: 70 %				Grad
Grad III: 60 %				
Titel				
Författare				

Bilaga 3: Översiktstabell

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet * Enligt Olsson och Sörensen, 2021.
Aristidou m.fl. 2023 Cypern	The living experience of surviving out-of-hospital cardiac arrest and spiritual meaning making	Att förstå innebörden av att överleva efter hjärtstopp utanför sjukhus och dess följder bland grekisktalande överlevare	Kvalitativ Hermeneutisk fenomenologi Semistrukturerade personliga intervjuer Hermenautisk analys	8 personer som överlevt hjärtstopp utanför sjukhus Tiden sedan hjärtstoppet var mellan 2–10 år Deltagarna blev rekryterade från hjärtstoppregister från ett sjukhus. Målinriktat urval	Ett huvudtema identifierades som en gudomlig gåva. Vidare beskrevs hjärtstoppet som en oväntad attack och en upplevelse av en annan värld. Hjärtstoppet sågs som en omvälvande upplevelse där livet fick en ny innebörd och mening. Upplevelserna var anknutet till både livsförändringar och personliga förändringar.	Hög kvalitet
Bohm m.fl. 2019 Sverige	Detailed analysis of health-related quality of life after out-of hospital-cardiac arrest	Att beskriva den detaljerade hälsorelaterade livskvaliteten (HRQoL) hos överlevare från TTM-studien och att undersöka potentiella skillnader relaterade till kön och ålder	Kvantitativ Post-hoc studie Frågeformuläret SF-36v2 användes som berör hälsodomäner: fysisk funktion, roll-fysisk, kroppslig smärta, allmän hälsa, vitalitet, socialt fungerande, roll-emotionell och mental hälsa	442 deltagare som överlevt hjärtstopp utanför sjukhus Tiden sedan hjärtstoppet var ungefär 6 månader	HRQoL inom det normala intervallet 6 månader efter OHCA. De flesta problem som rapporterades kunde kopplas till den fysiska funktionen, där bland annat deltagarnas arbete blev påverkat. Även	Hög kvalitet

			<p>Quality Metric Health Outcomes Scoring Software användes för att beräkna resultat från SF-36v2</p> <p>IBM SPSS Statistics for Macintosh användes för statistisk analys</p>		<p>psyksiska problem visades förekomma.</p> <p>Kvinnor rapporterade sämre fysisk- och psykisk funktion, allmän hälsa samt vitalitet än män.</p> <p>Äldre överlevare hade sämre fysisk funktion, men bättre vitalitet och mental hälsa än yngre.</p>	
<p>Boyce Van der Wal m.fl. 2015 Nederländerna</p>	<p>Cognitive problems in patients in a cardiac rehabilitation program after an out-of-hospital cardiac arrest</p>	<p>Att skatta prevalens av kognitiva problem på grund av hypoxisk hjärnskada hos de överlevande av hjärtstopp utanför sjukhus som remitterats för hjärtrehabilitering och samband med livskvalitet, autonomi och delaktighet</p>	<p>Kvantitativ Prospektiv kohortstudie Enkäter som berörde kognitiva funktioner, livskvalitet och delaktighet och autonomi Statistisk analys genomfördes med SPSS. Beskrivande statistik användes. Mann Whitney U-test användes när skillnader i variabler mättes. Samband beräknades med Spearmans Rho</p>	<p>77 patienter som överlevt hjärtstopp utanför sjukhus Tiden sedan hjärtstoppet var 4 veckor Patienter som genomgått hjärtstopp utanför sjukhus blev hänvisade till en hjärtrehabilitering av en kardiolog Konsekutivt urval</p>	<p>Kognitiva problem mättes hos 23% av patienterna. Överlevare med kognitiva besvär har ökade tendenser till depression, minskat självbestämmande, sämre fysisk och social funktion och sämre vitalitet.</p>	<p>Hög kvalitet</p>

<p>Bremer m.fl. 2009 Sverige</p>	<p>To Survive Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Search for Meaning and Coherence</p>	<p>Att beskriva patienters upplevelse av att överleva OHCA, med fokus på hur OHCA påverkade deras välbefinnande över tid</p>	<p>Kvalitativ deskriptiv studie Intervjuer Analyserades med reflekterande livsvärldsforskning (reflective lifeworld research, RLR)</p>	<p>9 personer som överlevt hjärtstopp utanför sjukhus. Rekryterades från fem olika hälso- och sjukvårdsregioner Tiden sedan hjärtstoppet var mellan 6 mån-15 år Målinriktat urval</p>	<p>Uppvaknande från medvetslöshet skapar förvirring och osäkerhet och innebär förlust av kontroll. Det uttrycktes viktigt att hålla fast vid tydliga minnesbilder samt klarhet i hur hjärtstoppet gick till för att skapa en känsla av sammanhang. Känslor som skuld och självanklagelser över att inte ha upptäckt hjärtfelet som orsakade hjärtstoppet upplevdes. Hjärtstoppet skapade begränsningar i livet men ledde även till nya värderingar i livet, där tacksamhet till livet och nya förhållningssätt beskrevs. Det beskrevs även skapa existentiella frågor där ett tydligt sammanhang kunde öka välbefinnandet igen.</p>	<p>Medelhög kvalitet</p>
--	--	--	--	---	---	--------------------------

Case m.fl. 2021 Australien	The second year of a second chance: Long-term psychosocial outcomes of cardiac arrest survivors and their family	Att förstå de långsiktiga psykologiska funktionerna och servicebehovet hos OHCA-överlevare och deras familjemedlemmar	<p>Prospektiv studie med blandade metoder</p> <p>Formulär om kognitiv funktion och formulär som berörde ångest och depression</p> <p>Semistrukturerade intervjuer</p> <p>Tematisk innehållsanalys</p> <p>Kvantitativa data analyserades med SPSS</p> <p>Kvalitativa data analyserades med tematisk innehållsanalys</p>	<p>18 personer som överlevt hjärtstopp utanför sjukhus och 12 familjemedlemmar</p> <p>Tiden sedan hjärtstoppet var mellan 12–18 månader</p> <p>Rekrytering från ett register över hjärtstopp utanför sjukhus</p> <p>Målinriktat urval</p>	<p>Kvantitativ data visade på kognitiva funktioner låg inom normala referensintervallet.</p> <p>Personer med högre upplevda kognitiva besvär tenderade till högre ångest. Depression sågs korrelera med PTSD.</p> <p>Deltagarna beskrev minnesluckor kopplade till uppvaknandet från hjärtstoppet. Livet efter hjärtstopp sågs präglad med fysiska och psykiska hinder som dessutom påverkade det dagliga livet. Det beskrevs att känslor som ångest men samtidigt tacksamhet upplevdes. Potentiella förbättringar av vården lyftes, där ökat stöd och regelbunden uppföljning uttrycktes. Även familjen sågs bli påverkad av hjärtstoppet.</p>	Hög kvalitet
Forslund m.fl. 2017 Sverige	A second chance at life: people's lived experiences of surviving out-of-	Att belysa personers levda erfarenheter och förändringar i vardagen under deras första år efter	<p>Kvalitativ prospektiv, longitudinell design</p> <p>Narrativa intervjuer 1, 6 och 12 månader efter hjärtstoppet</p>	<p>11 personer som överlevt hjärtstopp utanför sjukhus</p> <p>Tiden sedan hjärtstoppet var mellan 6–12 månader</p>	<p>Efter hjärtstoppet upplevdes kroppsliga begränsningar. Även tacksamhet till att vara vid liv uttrycktes.</p>	Hög kvalitet

	hospital cardiac arrest	att ha överlevt ett hjärtstopp utanför sjukhus	Fenomenologisk-hermeneutisk tolkning	Från fyra olika sjukhus Rekrytering via en hjärtsjuksköterska som personerna besökte för uppföljning efter hjärtstopp Målinriktat urval	6 månader efter hjärtstoppet upplevdes osäkerhet och hjärtstoppet kändes närvarande i vardagen. Efter 12 månader präglades personerna fortfarande av fysiska, kognitiva och psykiska förändringar vilket även upplevdes påverka relationer. Nya tankar hade väckts hos de överlevande, såsom nya perspektiv på livet och döden, som kunde ge livet en ny mening.	
--	-------------------------	--	--------------------------------------	---	--	--

<p>Moulaert m.fl. 2010 Nederländerna</p>	<p>Determinants of quality of life in survivors of cardiac arrest</p>	<p>Att undersöka potentiella bestämningsfaktorer för livskvalitet efter en hypoxisk period på grund av hjärtstopp</p>	<p>Kvantitativ Retrospektiv kohortstudie Bedömningsinstrument mätte livskvalitet, delaktighet i samhället, ADL, instrumentella aktiviteter i det vardagliga livet, kognitiva besvär, känslomässiga problem, posttraumatisk stress och fatigue Spearman's rangkorrelationsanalys användes för att undersöka samband mellan fysiska och psykiska livskvaliteten Multipla linjära regressionsanalys användes för att analysera de fysiska och psykiska domänerna separat. Statistisk analys genomfördes med SPSS</p>	<p>63 personer som överlevt hjärtstopp utanför sjukhus Tiden sedan hjärtstoppet var genomsnittligt tre år Rekryterades via sjukhusdatabaser som innehöll information om hjärtstopp Målinriktat urval</p>	<p>Fysisk livskvalitet korrelerade med kognitiva besvär, utförandet av instrumentella dagliga aktiviteter, posttraumatisk stress och fatigue. Den psykiska livskvaliteten korrelerade främst med ångest/depression, och mindre utsträckning trötthet och kognitiva besvär.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p>Viktorisson m.fl. 2019 Sverige</p>	<p>One-year longitudinal study of psychological distress and self-assessed health in survivors of out-of-hospital cardiac arrest</p>	<p>Att utvärdera psykologisk stress i termer av ångest och depression, självskattad hälsa och utfall av dessa hos överlevare från hjärtstopp utanför sjukhus, 3 och 12 månader efter incidenten</p>	<p>Kvantitativ Longitudinell studie Enkäter bestod av HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) och EQ-5D-3L (European Quality of Life 5 Dimensions 3 Level) som mätte ångest och depression</p>	<p>3 månader efter hjärtstopp: 86 personer som överlevt hjärtstopp utanför sjukhus 12 månader efter hjärtstopp: 74 personer personer som överlevt hjärtstopp utanför sjukhus</p>	<p>Vid 3 månader upplevde 30% mild till måttlig ångest, efter 12 månader var siffrorna 23%. Allvarlig ångest upplevdes hos 12st vid 3 månader, respektive 8st efter 12 månader.</p>	<p>Medelhög kvalitet</p>

			<p>samt den hälsorelaterade livskvaliteten</p> <p>Statistisk analys utfördes med SPSS. Icke-parametriska tester och Mann-Whitneys U-test användes</p> <p>Variabler och korrelationer undersöktes med Spearmans rangkorrelation</p>	<p>Urvalet identifierades genom Svenska hjärt- och lungräddningsregistret</p> <p>Målinriktat urval</p>	<p>Milda till måttliga depressiva symptom upplevdes hos 14% vid 3 månader och 5% efter 12 månader. Allvarlig depression upplevdes av 3st vid 3 månader och 1st efter 12 månader.</p> <p>Ångestnivåerna och de depressiva symptomen uppmättes i de flesta fallen vara reducerade 1 år efter hjärtstoppet.</p> <p>En tredjedel upplevde ökad psykisk ångest efter 12 månader.</p> <p>Den hälsorelaterade livskvaliteten uppmättes högre hos hälften av deltagarna efter 12 månader, och 41% rapporterade samma hälsotillstånd.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

Wagner m.fl. 2021 Danmark	Understanding the lived experiences of short- and long-term consequences on daily life after out-of-hospital cardiac arrest. A focus group study	Att utforska och få en fördjupad förståelse för hur personer som överlevt hjärtstopp utanför sjukhus upplever de kort- och långsiktiga konsekvenserna i det dagliga livet	Kvalitativ explorativ design Fokus gruppintervjuer Fenomenologisk-hermeneutisk tolkning och analys	33 personer som överlevt hjärtstopp utanför sjukhus Tiden sedan hjärtstoppet var mellan 3 mån – 11 år Från DANCAS (Danish Heart Foundation and the Cardiac Arrest Survivorship) som bjudit in överlevare till en hjärtrehabiliteringskurs Målinriktat urval	Deltagare beskrev att hjärtstoppet fortfarande var starkt närvarande, vilket kunde försvåra återgång till vardagliga livet. Ångest tillsammans med sorg och rastlöshet förekom, vilket gjorde att nedstämdhet upplevdes. Brist på psykosocialt stöd uttrycktes. Det förändrade livet och de tillkomna fysiska begränsningarna sänkte självkänslan och självförtroendet hos deltagarna. Temor som urskildes var återgången till vardagen och uppföljningen efter hjärtstoppet, att leva med ångest och andra känslor samt självkänslan som gått förlorad.	Hög kvalitet
Whitehead m.fl. 2020 England	Trapped in a disrupted normality: Survivors' and partners' experiences of life after a sudden cardiac arrest	Att fylla i kunskapsluckan för att förbättra förståelsen för efterföljderna av att överleva hjärtstopp	Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer Tolkande fenomenologisk analys	8 personer som överlevt hjärtstopp utanför sjukhus och 3 partners Tiden sedan hjärtstoppet var mellan 3–12 månader Från två brittiska hjärtstoppsoverlevande – register,	Deltagarna uttryckte existentiella tankar som kunde störa vardagen. Vidare lyftes fysiska begränsningar i form av symptom. Emotionella aspekter som lyftes var rädsla och osäkerhet, vilket i sin tur kunde	Medelhög kvalitet

				hjärtrehabiliteringscenter och från en forskargrupp som screenar intensivvård Målinriktat urval	begränsa arbete och sociala aktiviteter. Ändrade familjeroller upplevdes där en ökad belastning för familjen upplevdes.	
--	--	--	--	--	--	--

