



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Kom åter till liv; vad händer i mitt huvud nu?

En allmän litteraturöversikt om patienters erfarenheter av kognitiva förändringarna efter överlevt hjärtstopp.

Emelie Nordbeck

Sara Lindberg

Handledare: Camilla Allert

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1512

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona juni 2020

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa,
Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad
juni 2020

Kom åter till liv; vad händer i mitt huvud nu?

Emelie Nordbeck

Sara Lindberg

Sammanfattning

Bakgrund: Den vanligaste dödsorsaken världen över är plötsligt hjärtstopp. Dock ökar antalet individer som överlever plötsligt hjärtstopp varje år. Samtidigt som antalet överlevare ökar måste även sjuksköterskans förståelse för patienternas livsförändringar öka.

Syfte: Syftet är att beskriva patienters upplevelser av kognitiva förändringar efter ett hjärtstopp.

Metod: Studien har genomförts som en allmän litteraturöversikt i enlighet med Friberg design. Litteratursökningarna gjordes i CINAHL och PubMed och dataanalysen genomfördes enligt Fribergs fyra steg.

Resultat: Resultatet visade två kategorier som framkommit utifrån likheter och skillnader mellan artiklarna. Kategorierna var *erfarenheter av kognitiva förändringar två veckor till ett år efter hjärtstoppet* och *erfarenheter av hur de kognitiva nedsättningarna tar sig uttryck*.

Huvudfynden består av erfarenheter kring de kognitiva nedsättningarna som medföljer efter ett överlevt hjärtstopp. Resultatet belyser de olika nedsättningar som patienter har erfarenhet av samt vilka konsekvenser nedsättningarna kan innebära för människans levnadssituation och hälsa. Förändringarna kan påverka möjligheterna att känna känsla av sammanhang genom att finna meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet i sitt liv efter hjärtstoppet.

Slutsats: Överlevarna upplevde kognitiva förändringar som minnesproblematik, nedsatta förmågor inom koncentration, igenkänning, planering och inläring. Att anpassa sig till den nya levnadssituationen var för flera svårt att acceptera. Ett engagemang saknades till att återgå till sin vardag och arbete. Minnesproblematiken bidrog med svårigheter att kunna hålla en flytande konversation. För en hög KASAM betonas det hur viktigt det är att sjuksköterskan bemöter denna grupp av patienter med respekt och hänsyn samt finns där som stöttning och vägledning.

Nyckelord: erfarenheter, hjärtstopp, kognitiv nedsättning, livsavgörande händelser, överlevande

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Orsaker och vård i samband med hjärtstopp	1
Uppföljning efter hjärtstopp	2
Tidigare forskning	3
Kognitiva förändringar	3
Teoretisk referensram.....	3
Problemformulering	4
Syfte	5
Metod	5
Design.....	5
Urval.....	5
Datainsamling.....	6
Kvalitetsgranskning.....	7
<i>Kvalitativ granskningsmall</i>	7
<i>Kvantitativ granskningsmall - Bedömning av icke randomiserad studie (retrospektiv och prospektiv ITT)</i>	8
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden	9
Resultat	10
Erfarenheter av kognitiva förändringar två veckor till ett år efter hjärtstoppet	10
Erfarenheter av hur de kognitiva nedsättningarna tar sig uttryck	11
Diskussion.....	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion.....	16
Etikdiskussion	20
Slutsats	21
Kliniska implikationer	21
Förslag till fortsatt forskning	22
Självständighet.....	22
Referenslista.....	23
Bilaga 1 Databassökningar	28
Tabell 1	28
Granskningsprotokoll.....	30
Bilaga 2	30

Översiktstabell	38
Bilaga 3	38
Översikt dataanalys	42
Bilaga 4	42

Inledning

Plötsligt hjärtstopp är den vanligaste dödsorsaken världen över och varje år dör omkring 15 000 människor i Sverige på grund av hjärtstopp där 33% av dessa fall sker på sjukhus. Genom ett snabbt agerande minskar risken för dödsfall då livsavgörande behandling sätts in (Rawshani, 2020). Eftersom fler människor överlever ett hjärtstopp krävs därmed en ökad förståelse för sjuksköterskan kring de upplevelser som uppstår hos de drabbade. Genom ett erfarenhetsperspektiv efter en traumatisk händelse får sjuksköterskan mer kunskap inom bemötande av denna grupp av individer som överlevt ett plötsligt hjärtstopp. Därmed får sjuksköterskan en ökad inblick i patientens kognitiva mående genom att få en fördjupad förståelse inom ämnet. En god omvårdnad kan ges om sjuksköterskan har full inblick i patientens erfarenheter efter hjärtstoppet. Vården blir mer personcentrerad kring patienten då sjuksköterskan lättare kan sätta sin kunskap i perspektiv till patientens erfarenheter och främja patientens hälsa och minska lidandet vilket är sjuksköterskans eftersträvan i professionen.

Bakgrund

Orsaker och vård i samband med hjärtstopp

De vanligaste orsakerna till hjärtstopp är hjärt-kärlsjukdom, kardiomyopier eller myokardit (van der Bijl, Podlesnikar, Bax & Delgado, 2018). Andra orsaker till hjärtstopp kan vara traumatiska händelser som bilolycka, drunkning, förgiftning eller allvarliga astmaattacker (HLR-rådet, 2020). Risken för dödsfall är stor om ingen behandling startas inom 15 minuter (HLR-rådet, 2019).

Kedjan som räddar liv beskriver viktiga åtgärder för att risken för dödsfall ska minska vid ett hjärtstopp. Kedjan belyser tillvägagångssätten av insatserna från början av hjärtstoppet till uppföljningen efter sjukhusvården. Forskning i Sverige har visat att om Kedjan som räddar liv med ett tidigt larm till 112, tidig hjärt-lungräddning och tidig defibrillering används vid plötsligt hjärtstopp så kan upp till 70% överleva. En tidig HLR med omväxlande kompressioner och inblåsningar (30 kompressioner och 2 inblåsningar) ökar överlevnaden med två till fyra gånger jämfört med att inte göra någonting alls (HLR-rådet, 2019). Det är viktigt att behandling i form av HLR och defibrillering snabbt sätts in både på och utanför

sjukhus för att minska risken för hjärnskador och dödsfall (Rydberg & Holst, 2016). Genom att få igång blodcirkulationen inom 7,5 minuter minskar risken för kognitiva nedsättningar (Ono, Hayakawa, Iijima, Maekawa, Kodate, Sadamoto & Gando, 2016). Varje minut som fortlöper efter ett hjärtstopp är avgörande för överlevnaden, efter fem minuters hjärtstopp börjar kroppen få obotliga skador på grund av syrebristen som uppstår och efter ytterligare femton minuter är döden nästintill oundviklig (Björkman-Björkelund, Johansson & Wihlborg, 2012). Hjärnan är särskilt sårbar vid hjärtstopp på grund av dess höga metaboliska förhållande och begränsade energireserver. Flera av de patienter som drabbas av ett hjärtstopp blir medvetslösa och behöver vårdas med noggrann övervakning på en intensivvårdsavdelning. Vården på intensivvårdsavdelningen innefattar ofta respiratorvård (Dragancea, Rundgren, Englund, Friberg & Cronberg, 2013). Vidare förklarar Olausson, Lindahl och Ekebergh (2018) att intensivvårdsavdelningar har resurser till att behandla med sederande mediciner samt att hålla patienten vid liv med hjälp av mekanisk andningsmaskin. Konsverna på de kognitiva förmågorna varierar beroende på hur länge personen varit under djup sedering (Olausson et al., 2018). Det finns olika behandlingsformer för patienter som drabbats av ett hjärtstopp. Ett behandlingsalternativ är hypotermi och i enlighet med Brännström, Niederbach och Rödin (2018) innebär hypotermi att kroppstemperaturen regleras manuellt och sänks till mindre än 36,0 grader Celcius för att förebygga skador på kroppsvävnad (Brännström et al., 2018).

Uppföljning efter hjärtstopp

För att patienten ska undvika att känna en låg livskvalité uppmuntrar Elliott, Rodgers och Brett (2011) att tiden mellan uppföljningarna ska minska. Uppföljningen som bör erbjudas till alla patienter som varit med om ett hjärtstillestånd ska fokusera på att stödja patientens förståelse samt den fysiska, kognitiva och psykologiska statusen. I uppföljningen bör också sjukvården erbjuda rehabilitering eller andra tjänster för att patienten ska uppleva hälsa (Israelsson, Lilja, Bremer, Stevenson-Ågren & Årestedt, 2016). Vidare finns det riktlinjer som beskriver hur uppföljning efter hjärtstopp ska ske. I riktlinjerna finns det information om hur lång tid det kan gå efter hjärtstoppet innan en uppföljning utförs. Patienten kan behöva kontakt med sjukvården då patienten är i behov av kardiologisk-, neurologisk-, psykologisk-, psykosocial- eller intensivvårdsuppföljning. Vid uppföljningen bör en screening på kognitiva och emotionella svårigheter göras. Vidare är det viktigt att sjuksköterskan informerar både muntligt och skriftligt om hur uppföljningen planeras på den aktuella institutionen då det kan variera. Det kan ske att uppföljningen bland patienter har ett

samarbete med lokala verksamheter samt kan nationella kvalitetsregister inkluderas (HLR-rådet, 2016).

Tidigare forskning

Patienters syn på hälsa och välbefinnande efter ett hjärtstopp skiljer sig åt. Ett hjärtstopp innebär att patienten har mött och konfronterat döden och är något som sätter sin prägel på det vardagliga livet efteråt. Att finna mening och kontroll över sitt liv efter sjukhusvården anses vara problematiskt (Djärv, Bremer, Herlitz, Israelsson, Cronberg, Lilja & Årestedt, 2020). Förmågor som funnits förr har försämrats, minnet har svikit, kroppsliga funktioner har förvärrats och det medför att aktiviteterna i det vardagliga livet blir lidande. Rädsla för att få ett hjärtstopp till är återkommande och är en del av känslan att inte ha någon kontroll över sitt liv. Huruvida symtomen är kroppsliga eller psykiska är ett under då bröstsmärta ofta är beskrivet som ett återkommande symptom. Konsekvenserna som kan uppstå efter ett hjärtstopp varierar för varje individ, dock är det vanligt att kognitiva och neurologiska förmågor blir påverkade då hjärnan blir utan blodflöde under pågående hjärtstopp. Patienten kan även uppleva psykiska besvär som depression, posttraumatisk stress (PTSD) och ångest (Bremer, Dahlberg & Sandberg, 2009). När mentala besvär uppstår bidrar detta till ett minskat engagemang att återgå till sin vardag och delta i samhället (Mouleart, van Heugten, Winkens, Bakx, de Krom, Gorgels och Verbunt, 2015).

Kognitiva förändringar

Kognitiva förändringar kan innebära minnesproblematik. Svårigheter med tankeförmågan och bekymmer med att lösa problem och hitta ord till samtal samt att ha förståelse för samtalsinnehåll. Andra kognitiva nedsättningar kan vara att personen upplever svårigheter med olika förmågor som orientering, handling, initiativ och tankar om omdöme kan vara tecken på kognitiva förändringar (Winblad, Palmer, Kivipelto, Jelic, Fratiglioni, Wahlund & Petersen, 2003).

Teoretisk referensram

Att känna hälsa handlar om att känna välbefinnande i sin nuvarande situation. Genom att leva på det sätt som anses lämpligt och att kunna utföra en handling som får en att må väl är för många att uppleva hälsa. Det som upplevs som hälsa för någon behöver nödvändigtvis inte innebära hälsa för någon annan (Bergbom, 2012). Hälsan kan bli påverkad då personen förlorat sina tidigare förmågor ur ett kognitivt perspektiv (Winblad et al, 2003).

Friskfaktorerna bidrar till att känna hälsa och det är när hälsa finnes som känsla av sammanhang (KASAM) upplevs. Faktorer som kan påverka att en person känner en hög KASAM är socialt stöd, utbildning och kunskap inom ett visst område. Känslan av otillräcklighet och rädsla av att den traumatiska händelsen ska återkomma. För att finna KASAM måste personen känna acceptans om vad som skett. Att känna hälsa och KASAM är att känna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 2005). Denna litteraturöversikt handlar om patientens upplevelse av de kognitiva påverkningarna som kan uppkomma efter ett hjärtstopp. För att patienten ska finna hälsa och därmed en stark KASAM bör sjuksköterskan fokusera på patientens känslor och därmed dennes syn på hälsa i bemötandet. Antonovsky (2005) förklarar att känsla av sammanhang (KASAM) är ett begrepp som beskriver hur människan tolkar och ser på världen. Hälsa är ett centralt begrepp inom KASAM och upplever personen hälsa har denne också en hög KASAM. Människor utsätts för påfrestningar i livet och reaktionerna är olika. När en patient känner en stark känsla av sammanhang finner denne begriplighet, meningsfullhet samt hanterbarhet i livet. När en patient känner av begriplighet upplevs både inre och yttre stimuli. Antonovsky (2005) menar att en patient som känner en hög känsla av inre och yttre stimulans kommer i framtiden finna att förändringen i livet är normativt. Synen på livet kommer ses med klarhet, struktur och ordning. Hanterbarhet är det andra begreppet inom KASAM och beskriver hur personen har förstått och infunnit sig i situationen och är medveten om vilka handlingar som kan bli aktuella. Vid en hög känsla av hanterbarhet har personen förstått innebörden till de omständigheter som skett och de möjliga konsekvenser som tillkommit i livet. Den tredje och sista komponenten inom KASAM är meningsfullhet och begreppet innebär att patienten känner av motivation i livet. De personer som har hög känsla av meningsfullhet upplever att denne har ett stort engagemang i livets olika situationer. Känslorna är i centrum inom KASAM. Känslorna är fokuserade på hur patienten kände innan och efter den uppkomna situationen. Det är när patienten känner hopplöshet och uttrycker sig själva som otursdrabbade som de känner av svag KASAM och vid ett starkt KASAM är patienten väl medveten om känslorna och kan hantera nya uppkomna känslor (Antonovsky, 2005).

Problemformulering

Allt fler människor drabbas och överlever idag ett hjärtstopp (HLR-rådet, 2018). Muntlig och skriftlig information om de kognitiva livsförändringarna bör presenteras för patienten och dennes närstående för att de ska få full kunskap inom området av sjuksköterskan (HLR-rådet, 2016). Människorna som överlever ett hjärtstopp är en växande grupp och sjuksköterskan

möter dessa patienter för behandling i det akuta skedet samt i eftervården varför sjuksköterskan bör ha kunskap om hur de kognitiva förändringarna efter ett hjärtstopp kan påverka den drabbades liv och för att patienten återigen ska kunna känna en känsla av sammanhang även efter hjärtstoppet. Det är viktigt för sjuksköterskan att ha kännedom om de kognitiva livsförändringarna hos en patient efter ett hjärtstopp för att kunna bemöta med respekt och förståelse. Vården som sjuksköterskan ger bör vara personcentrerad och med bristande kunskap inom området kan det vara svårt att sätta sig in i patientens perspektiv. Genom ökad kunskap av patienters erfarenheter av kognitiva förändringar efter ett hjärtstopp kan sjuksköterskan få möjlighet att arbeta evidensbaserat och att bättre möta och stötta patienten i dess upplevelser och därmed uppnå professionens strävan att minska lidande och främja hälsa.

Syfte

Syftet var att beskriva patienters erfarenheter av kognitiva förändringar efter ett hjärtstopp.

Metod

Design

Denna studien har genomförts som en allmän litteraturöversikt i enlighet med Friberg (2017). Genom att skapa en översikt användes kvalitativa respektive kvantitativa data som besvarade litteraturöversiktens syfte (Friberg, 2017).

Urval

Inklusionskriterier som användes för att avgränsa sökningen var att alla deltagare skulle vara över 18 år, artiklarna skulle vara skrivna på engelska, avgränsning på att artiklarna skulle ha publicerats inom de senaste 10 åren för att få aktuell forskning kring området, att alla artiklar förde ett etiskt resonemang samt att de skulle vara peer reviewed. Studier där kognitiva förändringar jämfördes utefter olika specifika behandlingsformer som medicinsk koma, ECMO samt hypotermi exkluderades då det inte ansågs vara relevant till studiens syfte som är att belysa de kognitiva förändringarna efter ett hjärtstopp. De artiklar som undersökt och jämfört behandlingsformer med kognitiva förändringar har exkluderats. Avgränsningar som användes till informationssökningen var peer reviewed, val av språk samt tidsspann. Östlundh (2017) menar att språkavgränsningen vanligtvis är på engelska då det är det språket

som främst används vid publicering av vetenskapliga artiklar och tidsavgränsning för att få med artiklar inom ett visst årsspann. Peer reviewed är ett filter som används för att få fram de artiklar som är vetenskapligt granskade (Östlundh, 2017).

Datainsamling

Litteratursökningarna skedde i CINAHL och PubMed som är två databaser som publicerar vårdvetenskapliga artiklar. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2017) beskriver att PubMed är en databas som ger ett brett område inom hälso- och medicinområdet då den har över 26 miljoner referenser till artiklar och har artiklar från över 5000 tidsskrifter. CINAHL är en annan databas som bland annat fokuserar på omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi. Databasen har omkring 2,9 miljoner referenser från cirka 3000 olika tidsskrifter (SBU, 2017). "Svensk MESH" användes för att översätta svenska ämnesord till engelska som kunde användas i informationssökningen. I PubMed användes MESH-termer och i CINAHL användes "subject headings" för att bredda sökningen. SBU (2017) menar att MESH-term och "subject headings" är särskilda tesaurus som finns i databaserna för att få fram indexeringsord, olika begrepp och uttryck eller kontrollerade sökord till litteratursökningen (SBU, 2017). I informationssökningen användes de booleska operatorerna AND, OR och NOT. Operatör OR användes för att bredda sökningen och sedan kombinerades synonymblocken med operatör AND för att smalna av litteratursökningen mot syftet. Östlundh (2017) förklarar att operatör OR garderar sökningen och ger en mångfald av olika uttryck. Varje blocksökning kombineras med AND för att instruera databasen att minst ett ord ur varje block måste finnas med i sökresultatet. Detta för att visa hur sökorden kombinerades med varandra (Östlundh, 2017). Litteratursökningen innehöll sökorden *heart arrest*, *survivor* och *experience* där trunkering användes på sökorden *surv** på CINAHL och *surviv** på PubMed samt *experience**, *lived experience** och *life change event**. Inledningsvis användes även sökordet *cognitive* men då detta begränsade sökningen betydligt valdes det bort. Operatör NOT användes på PubMed som sökordet *predict** för att sortera bort studier där syftet var att förutse faktorer som kunde bidra till ett hjärtstopp. Detta på grund av att PubMed genererade ohanterligt många träffar varför NOT lades till för att begränsa sökningen. Enligt Östlundh (2017) får sökningen fler relevanta träffar genom att skriva in ordstammen av ett sökord och sedan ett trunkeringstecken. Detta innebär att sökordens alla böjningsformer får träffar (Östlundh, 2017). De begränsningar som användes i litteratursökningen var språk, publikationsdatum, ålder samt krav på peer reviewed på CINAHL. Östlundh (2017) beskriver att vanliga begränsningar vid en

litteratursökning är språk och publikationsdatum. Språk begränsas genom att det enbart finns artiklar på engelska i sökningen. Att begränsa med datum är ett sätt för att ge artikeln mer trovärdighet då det finns riktlinjer för hur studier ska genomföras och har utvecklats och anses ofta ha lägre kvalitet om de är äldre (Östlundh, 2017).

Sökningen genererade 470 träffar på PubMed och 300 träffar på CINAHL som författarna läste tillsammans på titelnivå. Det framkom titlar som beskrev behandlingsform i jämförelse till överlevnad och jämförelsestudier mellan kognitiva förändringar efter olika behandlingsformer. Detta besvarade inte syftet och därmed exkluderades 701 artiklar på titelnivå. Därefter lästes 69 artiklar gemensamt på abstractnivå. De artiklar som beskrev jämförelser mellan behandlingsmetoder, överlevnadstid, värde av uppföljning för att få en lång överlevnad efter hjärtstoppet exkluderades då dessa inte beskrev de kognitiva förändringarna efter hjärtstoppet. Författarna läste enskilt 38 artiklar i full text och 15 artiklar kvarstod till kvalitetsgranskning. Efter systematisk genomgång återstod 13 artiklar varav sju kvantitativa samt sex kvalitativa som kvalitetsgranskades med SBU:s mallar för kvalitativ och kvantitativ forskning. Två artiklar exkluderades då den ena saknade ett etiskt resonemang och den andra saknade information till att besvara granskningsmallens frågor. Tillsammans gick författarna igenom återstående artiklar och sorterade ut relevant information som besvarade studiens syfte. Genom att färgmarkera de kognitiva förändringarna som fanns i artiklarna i datorn formades kategorier som skapade resultatet.

Kvalitetsgranskning

Artiklar som valts ut till litteraturöversikten kvalitetsgranskades med hjälp av SBU:s granskningsmallar för kvalitativ och kvantitativ design.

Kvalitativ granskningsmall

SBU:s granskningsmall (2017a) (se bilaga 2) användes för bedömning av artiklar med kvalitativ metodik. Mallen består av 18 frågor och är utformad för att markera och framhäva de delar som ska bedömas. För att få en mer överskådlig bild av kvalitén har en anpassning gjorts genom ett poängsystem. Detta system ger poäng för varje “ja”, “nej” och “oklart”. Ett “ja” eller “nej” som anses vara positivt ger ett poäng. Ett oklart svar och ett negativt nej tilldelas noll poäng. Högsta poängsumman på mallen är 21, därefter har poängen delats in i tre kvalitetsgrupper där artiklarna bedöms utifrån låg, medel och hög kvalitet. Studier med poäng under sju poäng ansågs vara av låg kvalitet, 8–14 poäng medelhög och 15–21 hög

kvalité. Därefter bedömdes artiklarna i granskningsmallen för att sedan räkna ut den totala poängsumman. Artiklar som bedömdes ha hög eller medelkvalité inkluderades i litteraturöversikten och de artiklar som fick under sju poäng exkluderas från studien då de bedöms ha bristande kvalité. Kvalitetsgranskningen gjordes gemensamt av författarna.

Kvantitativ granskningsmall - Bedömning av icke randomiserad studie (retrospektiv och prospektiv ITT)

SBU:s granskningsmall (2019a) (se bilaga 2) användes för bedömning av artiklar som är skrivna med retrospektiv respektive prospektiv design. I studier där inga specifika grupper har studerats så har vid granskning domän två, fråga 3.4 samt fråga 4.2 valts bort.

Domän två samt de specifika frågorna i domän tre och fyra besvaras när olika grupper har jämförts och då de utvalda studierna inte rördes av dessa frågor har dessa domäner exkluderats. Denna granskningsmall var också utformad genom att framhäva och markera delarna och därmed granska kvaliteten. Även här gjordes anpassningen att utforma ett poängsystem. Varje “ja”, “troligen ja” eller när ett “nej” besvaras som positivt för kvaliteten har de blivit tilldelade ett poäng. Svaret “information saknas” tilldelas noll poäng. Studier med poäng under sju poäng bedömdes som låg kvalité, 8–9 som medel och de studier som fick 10–11 poäng hade hög kvalité.

Efter kvalitetsgranskning återstod elva artiklar, sju kvantitativa och sex kvalitativa, som gick vidare till analysen och bedömdes ha medel alternativt hög kvalitetsnivå och inkluderades i studien. Två artiklar exkluderades då den första bedömdes ha låg kvalité på grund av bristande information till frågorna i granskningsmallen och den andra saknade ett etiskt resonemang. De artiklar som användes till resultatet hade medel och hög kvalité varav tre hade medelhög kvalité och åtta hade hög kvalité.

Dataanalys

Följande dataanalys skedde enligt Fribergs (2017) fyra steg. I första steget läste författarna de utvalda artiklarna enskilt flera gånger för att gynna förståelse och sammanhang för att sedan sammanställa tankar och åsikter gemensamt. Här skrevs även varsin kort sammanställning av alla artiklar av båda författarna som stöd. I andra steget dokumenterade författarna tillsammans artiklarna i en översiktstabell (se bilaga 3) där områdena författare, titel, syfte, metod, urval och resultat placerades in i en tabell samtidigt i detta steg kvalitetsgranskades artiklarna. I detta steget kontrollerades även artiklarnas etiska resonemang och de artiklar

som saknade etiskt resonemang exkluderades. I tredje steget sorterades likheter och skillnader ut gemensamt av författarna och sattes in i ett gemensamt dokument för att sammanställa all relevant fakta samt översätta från engelska till svenska. Likheterna och skillnaderna fångade upp det som karaktäriserar den aktuella studien. Likheterna och skillnader markerades med olika färger och sorterades in i grupper. Detta gjordes gemensamt av författarna för att sedan analysera och kunna sammanställa. Vid delade åsikter av författarna diskuterades detta för att bådas aspekter skulle bli hörda och inga missstolkningar skulle ske. I det sista och fjärde steget gjordes en sammanställning av författarna tillsammans av det som framkommit vid analys och satte sedan in likheterna och skillnaderna i en tabell (se bilaga 4. I det avslutande steget togs det innehåll som tagits ut från artiklarna och sorterades sedan ut och delades in under lämpliga rubriker och på detta sätt bildades de följande kategorier; *erfarenheter av kognitiva förändringar två veckor till ett år efter hjärtstoppet* och *erfarenheter av hur de kognitiva nedsättningarna tar sig uttryck*.

Forskningsetiska överväganden

Syftet med forskningsetik är att värna om människor lika värde, integritet och självbestämmande för alla som berörs i studierna. Etiska aspekter finns genom hela studien som gör att en etisk reflektion krävs genom hela arbetet (Kjellström, 2017). Lagen om etikprövning som avser människor (SFS, 2003:460) innebär att all forskning ska undergå en etikprövning som ska godkänna om forskningen går att genomföras med respekt för människovärdet. Forskning som berör människor ska ske frivilligt och ett informerat samtycke från deltagare är ett krav för att en forskning ska få genomföras samt för att bibehålla deltagarnas integritet. Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013) är fokuserad på de etiska principer och riktlinjer som finns inom medicinsk forskning som berör människor. Helsingforsdeklarationen belyser att forskning ska ta hänsyn till individens rättigheter samt att människor välbefinnande och hälsa ska prioriteras före forskningens resultat. Personen som utför forskningen ansvarar över att individerna som deltar i studien bibehåller sin rätt till självbestämmande, integritet och värdighet genom hela forskningsprocessen (WMA, 2013). Utvalda artiklar till denna litteraturöversikt har ett etiskt resonemang och alla deltagare i samtliga studier har deltagit frivilligt samt att deras hälsa och välbefinnande har gått före forskningen under studiens gång. I artiklarna har de etiska resonemangen framförts där forskarna tagit hänsyn till de etiska riktlinjerna och principerna. Då kvalitativa studier med intervjuer använts i litteraturöversikten ansågs det vara särskilt viktigt att det fanns etiska

resonemang i artikeln. Samtliga artiklar bedömdes ha använt sig av lämpliga analys- och datainsamlingsmetoder så risken är vagare för att deltagarna ska ha kommit till skada då de har angett sitt medgivande till primärkällan. Samtliga deltagare har varit anonyma i primärkällan och risken för att anonymiteten ska avslöjas kan bedömas som liten och behandlingen har skett rättvist mellan varje deltagare i primärkällorna genom att författarna har försökt ha ett genomgående objektivt syn- och tillvägagångssätt från början till slut av studien genom att utesluta egen förförståelse, åsikter och idéer.

Resultat

Resultatet bygger på elva vetenskapliga artiklar som kommer från Australien (n=1), Finland (n=1), Irland (n=1), Island (n=1), Nederländerna (n=2), Sverige (n=3) och USA (n=2). Resultatet består av två kategorier som besvarar litteraturöversiktens syfte som är att beskriva patienters erfarenheter av kognitiva förändringar efter ett hjärtstopp. De två kategorierna som framkom genom analysen var; *erfarenheter av kognitiva förändringar två veckor till ett år efter hjärtstoppet* samt *erfarenheter av de kognitiva nedsättningarna*.

Erfarenheter av kognitiva förändringar två veckor till ett år efter hjärtstoppet
De kognitiva förändringarna som uppkommit efter hjärtstoppet påvisades vara förbättrade mellan två veckor till tre månader efter återupplivningen. Förändringarna som upplevdes efter ett år var fortsatt oförändrade efter förbättringen. Koncentration, minne, planerings-, inlärnings- och orienteringsförmågan var funktioner som upplevdes vara mer påtagliga ett år efter hjärtstoppet. Genom mätinstrumentet Cognitive Log (Cog-Log) mättes orientering, minne, koncentration och funktioner som läs- och inlärningsförmåga och via Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) studerades inrapporterade kognitiva nedsättningar. Båda undersökningarna poängsattes och ett högre poäng bevisade en god kognitiv funktion (Mouleart, van Heugten, Gorgels, Wade och Verbunt, 2017). Överlevarna visade att det uppkomna förändringarna blev förbättrade mellan två veckor och tre månader efter hjärtstoppet. De kognitiva förändringarna var dock fortsatt nedsatta ett år efter hjärtstoppet. Koncentration, minne, färdigheter och orientering var förmågor som upplevdes vara mer påtagliga ett år efter hjärtstoppet. De kognitiva funktionerna återhämtade sig väl efter de tre första månaderna (Moulaert, et al 2017; Steinbusch, van Heugten, Rasquin, Verbunt och Mouleart (2017). Vid utskrivningen från sjukhuset uppvisade 94% av överlevarna goda resultat för de kognitiva funktionerna med screeningverktyget Telephonic Interview for

Cognitive Status (TICS). Efter 6–12 månader senare framkom det att 15% av överlevarna upplevde problem med koncentration, minne, planerings-, inlärnings- och orienteringsförmågan nedsättningarna vid undersökning med samma mätinstrument. De kognitiva nedsättningarna upplevdes som hanterbara och inte påfrestande för att uppnå en god livskvalité hos 90% av överlevarna (Beeseems, Wittebrood, de Haan & Koster, 2014). Kognitiva nedsättningar påvisades vara förknippat med individer som var 80 år och äldre (Beeseems et al., 2014). Andelen som inte upplevde någon påverkan varierade mellan 74,8 och 94% av överlevarna som inte uppvisade några markanta kognitiva funktionsnedsättningar 6–12 månader efter hjärtstoppet som präglade deras levnadssituation. Dock påvisades det att 15% kände av milda nedsättningar och 6,3% levde med kognitiva förändringar som ansågs ha en påverkan på livet. Cerebral performance category (CPC) användes för att bedöma de neurologiska funktionerna (Tiainen, Vaahersalo, Skrifvars, Hästbacka, Gröndlund & Pettilä, 2018; Beeseems et al., 2014).

Erfarenheter av hur de kognitiva nedsättningarna tar sig uttryck

Att överleva ett hjärtstopp innebär att livet ställs inför förändringar genom att lära sig och hantera nya situationer samt att försöka acceptera att hjärtstoppet kan medföra nya livsförändringar (Bremer, Dahné, Stureson, Årestedt & Thylén, 2019). Överlevarna av hjärtstopp upplevde förändringar inom sina fysiska förmågor, emotionella tillstånd och sina kognitiva funktioner. Individerna beskrev även en känsla av svårighet att följa med i en konversation och att de mitt uppe i konversationen kunde glömma vad samtalet handlar om, för att efter en kort stund komma ihåg och därmed kunna fortsätta konversationen (Forslund, Jansson, Lundblad & Söderberg, 2017; Ketilsdottir, Albertsdottir, Akadottir, Gunnarsdottir & Jonsdottir, 2014). Efter hjärtstoppet upplevde överlevarna svårigheter i samtal där 19 respektive 29% hade bekymmer med det flytande talet samt att deras korttidsminne var påverkat. Påfrestningen för hur snabbt samtalet skulle komma igång, ordförrådets storlek samt antal ord som presenterades upplevdes känsligt. Nedsättningarna visade sig återgå till det normala för en andel av överlevarna och efter tre månader respektive ett år upplevde 15 respektive 13% av nedsättningarna (Steinbusch et al., 2017).

Individerna som överlevt har erfarit följderna av ett hjärtstopp och har nedsatt läsförmåga samt att deras igenkänningsförmåga blivit sämre genom att det är svårt att känna igen bekanta människor. De kognitiva förändringarna medförde även att överlevarna behövde göra listor för att komma ihåg, något de inte tidigare behövt samt precisa planer för dagen för att deras

liv ska fungera. Individernas fysiska och kognitiva nedsättningar påverkade även deras familjesituation och de andra familjemedlemmar blev därmed tvingade till att ta mer ansvar i hushållet (Ketilsdottir et al., 2014; Forslund et al, 2017). Hjärntrötthet var ett bekymmer och individerna behövde gå och lägga sig för att vila mitt på dagen för att orka med. Detta var en livsförändring då de aldrig erfarit ett behov av att behöva göra detta innan hjärtstoppet (Forslund, Zingmark, Jansson, Lundblad & Söderberg, 2014; Moulaert, et el, 2017).

Ett uttryck för kognitiv påverkan var att det kunde kännas påfrestande att återgå till arbetet och de vardagliga rutinerna kändes svåra att utföra och inte så självklara längre (Sawyer, Brown, Christensen, Damino, Newman & Kurz, 2016). Av de individer som arbetade innan hjärtstoppet inträffade varierade andelen mellan 72 och 72,6% som återgick till sitt vanliga arbete ett år efter händelsen (Mouleart et al., 2017; Tiainen et al., 2018). De som återgick till sitt arbete efter ett år var flera och detta berodde på att de kände sig mentalt friska vid uppföljningen på sjukhus och hade en hälsa som tillät överlevarna att gå tillbaka till sitt arbete (Mouleart et al., 2017; Andrew, Nehme, Wolfe, Bernard & Smith, 2017; Tiainen et al., 2018).

De kognitiva följderna som involverade brist på koncentration och hjärntrötthet gjorde att bilkörningen var en svår funktion att ta upp igen efter hjärtstoppet (Sawyer et al., 2016). De överlevare som inte uppfyllt de medicinska kriterierna får behålla sitt körkort och efter hjärtstoppet har de valt att inte återuppta bilkörningen till grund av de kognitiva nedsättningarna. 25,8% av överlevarna kändes inte vid att någon under sjukhusvistelsen nämnt att de inte borde köra bil en period efter hjärtstoppet. 88,7% av de överlevare som haft körkort innan hjärtstoppet återupptog bilkörningen ett år efter händelsen (Tiainen et al., 2018).

Förändringar inom fysiska förmågor, emotionella tillstånd och kognitiva funktioner uppkom hos överlevarna men den största erfarenheten handlade om minnesförmågan. Att överleva ett hjärtstopp kan innebära att minnesförmågan blir nedsatt samt att minnesbilder från förr kan ha försvunnit (Bremer et al., 2019; Ketilsdottir et al., 2014). Individerna som överlevt ett hjärtstopp hade svårt att komma ihåg minnet av själva händelsen i upp till sex månader efter händelsen (Forslund, et al, 2017). Minnesförlust är den funktionsnedsättning som var avsevärt svårast att hantera efter hjärtstoppet (Sawyer et al., 2016). Minnena som uppkommer av hjärtstoppet kan upplevas som fragmenterade,

skrämmande och ogynnsamma och är svåra att släppa taget om då frågeställningar framkommer och överlevaren vill se en helhetsbild av det som hände. Nya minnen trädde dock fram en lång tid efter hjärtstoppet (Bremer et al., 2019; Ketilsdottir et al., 2014). 75,2 % av överlevarna upplevt nedsatt minnesförmågan nära inpå hjärtstoppet. Den nedsatta minnesförmågan fanns kvar i olika grader även på sjukhuset för 87,3% av individerna. Upplevelsen av minnesproblematik var kvarvarande för 79% efter utskrivning från sjukhus och 22,3% upplevde dagliga problem med minnet (Sawyer et al., 2016).

Minnesproblematiken ansågs bli mer påtaglig medan tiden gick efter hjärtstoppet och av detta medfördes det en känsla av att misstro sig själv som vidare ledde till irritation hos individerna. Genom att använda sig av humor blev det ett försvar och ett sätt att lätta på stämningen som överlevarna sig använde sig av när minnet först upplevdes svika framför andra människor (Forslund et al., 2017). På grund av den nedsatta minnesförmågan hade överlevarna svårt att komma ihåg vad de hade gjort och sagt innan och efter hjärtstoppet. Det var av stor vikt för de överlevande att de som varit närvarande under hjärtstoppet återberättade för individerna det som minnet uteslutet angående tiden före och efter återupplivningen (Forslund et al., 2014).

Överlevare med ett längre tidsspänn efter sitt hjärtstopp visades ha ett sämre långtidsminne och inlärningsförmåga efter sitt hjärtstopp (Mateen, Josephs, Trenerry, Felmlee-Devine, Weaver, Carone & White, 2011). Nya händelser efter hjärtstoppet upplevdes inte av överlevarna som att de uppfattades som minnen och blev inte ihågkomna. Det framkom även att de upplevt tiden innan hjärtstoppet, sjukhusvistelsen och de första dagarna efter utskrivning som suddig och oklar. Under deras rehabilitering och uppföljning samt tiden efter hjärtstoppet förbättrades överlevarnas minne men inte fullständigt som det var innan händelsen (Ketilsdottir et al., 2014; Bremer et al., 2019). Att alltid behöva försöka minnas och sätta ihop delar av återkommande minnen togs det mycket fokus från att kunna fokusera på framtiden (Bremer et al., 2019).

Diskussion

Diskussionen består av metoddiskussion och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

I denna litteraturöversikt har kvalitativa respektive kvantitativa artiklar använts då detta ansågs öka trovärdigheten. Litteraturöversikten innehåller elva vetenskapliga artiklar där fem är kvalitativa respektive sex kvantitativa. Friberg (2017) menar att både kvalitativa och kvantitativa artiklar ska inkluderas i en litteraturöversikt. Forsberg och Wengström (2016) beskriver att resultatet för en studies trovärdighet kan öka genom att använda både kvalitativa och kvantitativa data (Forsberg & Wengström, 2016). Friberg (2017) beskriver även att kvalitativa artiklar bäst passar till studier som ska beskriva erfarenheter och upplevelser medan Forsberg och Wengström (2016) argumenterar för att trovärdigheten för resultatet ökar genom att inkludera både kvalitativa och kvantitativa artiklar även till ett kvalitativt syfte.

Inklusionskriterierna beskrev att artiklarna skulle vara peer reviewed och detta inger trovärdighet till studien då de är granskade av experter inom området. Ett tidsspänn valdes för att öka studiens giltighet och trovärdighet och artiklarna skulle ha ett publiceringsdatum på tio år. Artiklarna skulle även vara skrivna på engelska och då engelska språket inte är författarnas modersmål kan detta ses som en svaghet till studien då bedömningen av artiklarna kan ha blivit påverkad under granskningen. Enligt Östlundh (2017) rekommenderas ett lexikon att användas vid översättning för att minska feltolkningar i bedömningen (Östlundh, 2017). Författarna valde att inte göra en avgränsning med kön vilket i sin tur ökade överförbarheten. Hade den avgränsning valts hade flera relevanta artiklar blivit uteslutna i informationssökningen. Vidare är de elva analyserade artiklarna från flera olika delar i världen vilket även detta bidrar till en ökad överförbarhet.

Informationssökningen har skett i PubMed och CINAHL. Det finns andra omvårdnad- och medicinsvetenskapliga databaser som kunde använts till studien vilket ger denna litteraturöversikt en svaghet då relevanta artiklar kan ha missats. Dock anger Östlundh (2017) att databaserna PubMed och CINAHL är inriktade på omvårdnad och medicinsk vetenskap varför valet av databaser anses vara relevant till studien. I första skedet av litteratursökningen tog författarna hjälp av skolans bibliotekarie genom att boka en databashandledning inom de

relevanta databaserna. Enligt Friberg (2017) stärker detta trovärdigheten i studien då bibliotekarier anses vara experter på området informationssökningen samt inom de databaser som står till förfogande till vetenskaplig litteratur (Friberg, 2017). Det bärande begreppet i litteraturöversikten är *heart arrest* och valdes ut genom ämnesordlista även erfarenhet är ett bärande begrepp i studien men sökordet *experience* fanns inte med som ämnesordlista och lades till i fritext. Kognitiva förändringar beskrev studiens innehåll och därmed valdes sökordet *cognitive* ut genom ämnesordlistan. *Survivor* valdes med som fritext då detta specificerade och gjorde sökningen mer hanterbar. Med kombinationen av ämnesord samt ord i fritext inkluderas även den senaste forskningen sökningen. Sökorden förekom i artiklarna vilket talade för att de valda sökorden var relevanta. Karlsson (2017) beskriver att alla begrepp undersöks i hela artikeln vid en fritextsökning. När kombinationen av ämnesord och fritextsökning utförs ökar sensibiliteten vilket stärker tillförlitligheten i studien (Karlsson, 2017).

I första skedet av litteratursökningen användes begränsningar som full text samt att artiklarna skulle vara publicerade max fem år tillbaka i tiden, detta visade sig dock utesluta relevanta artiklar och därmed valdes dessa begränsning bort. Vidare i sökningen upplevde författarna att det blev mer avgränsat och att flera artiklar exkluderades på grund av den snäva sökningen och resultatet hade riskerats att inte bli tillförlitligt. Därav gjordes en ny sökning där sökordet *cognitive* uteslöts. Detta gav ett större antal träffar i båda databaserna. Antalet träffar var ohanterbart på PubMed och NOT *predict** lades till i sökningen för att utesluta artiklar som fokuserade på att forskning om att förutse ett hjärtstopp och faktorerna som kan uppkomma. Östlundh (2017) menar att den booleska termen NOT gör sökningen mer specifik (Östlundh, 2017). Vid användning av operatoren NOT finns risken att exkludera relevanta artiklar om fel ord används med kombinationen NOT (Karlsson, 2017). Antalet träffar var ändå väldigt stort och många artiklar exkluderades på abstractnivå. Detta på grund av att flera artiklar var jämförelser av olika sorters behandlingar vilket inte svarade på syftet. Här finns det en risk att relevanta artiklar kan ha uteslutits för tidigt om det senare i fulltext visat sig att jämförelsen var mellan en specifik behandlingsmetod och den "normala" behandlingen. Detta kan vara en svaghet för studien.

Litteratursökningen dokumenterades i en tabell (se bilaga 1) där det beskrevs hur artiklarna tagits fram samt vilket datum som sökningen skedde. Skulle sökningen göras igen bidrar detta till att samma resultat av artiklar visas. Detta i sin tur bidrar till en ökad pålitlighet i

studien. Tabellen skapades för att ge en översikt på artiklarna samt att ge studien tillförlitlighet. Författarna sorterade ut artiklarnas likheter och skillnader och dokumenterade detta i en översiktstabell (se bilaga 4). Willman och Stoltz (2017) menar att trovärdigheten för studien ökar om läsaren har möjligheten att följa de steg som utförts i studien (Willman & Stoltz, 2017).

14 artiklar har valts ut varav tre var dubletter och därav slutade det med elva artiklar. Dessa har granskats för att se om de håller en god kvalitet med hjälp av SBU:s granskningsmallar (2017a; 2019a). Kvalitetsgranskningen gjordes tillsammans av författarna eftersom detta inte utförts av någon förut. Vid användningen av SBU:s mallar stötte författarna på svårigheter med bedömning och vilka bedömningsfrågor som var av relevans därav gjordes granskningen tillsammans. Detta kan ses som en svaghet i denna studie. Polit och Beck (2012) beskriver hur kvalitetsgranskningen bör göras enskilt av författarna för att öka trovärdigheten i studien samt för att försäkra sig om att artiklarna ansågs vara ömsesidigt likvärdiga (Polit & Beck, 2012). Under granskningen diskuterades genomgående artiklarnas kvalitet mellan författarna för att öka trovärdigheten. Studiens valda kvalitetsgranskningsmallar innehöll inte ett poängsystem. Istället valde författarna att skapa ett eget poängsystem med låg, medelhög och hög kvalitet för att få en tydligare överblick på vilka artiklar som kunde inkluderas i studien. Det här kan ses som en svaghet och en minskad trovärdighet eftersom kvalitetsgranskningen kan ha blivit mer subjektiv än objektiv och om kvalitetsgranskningen hade utförts av någon annan individ så finns det en risk för att resultatet hade blivit av annan form. SBU (2017) beskriver att ett poängsystem inte ska utföras utan kvalitén på artikeln bedöms utifrån relevansen av artikelns innehåll och de artiklar som anses vara relevanta kan inkluderas i litteraturinsamlingen (SBU, 2017). En artikel exkluderas då den saknade ett etiskt resonemang då detta var ett av inklusionskriterierna för studien. En annan artikel bedömdes ha låg kvalitet och exkluderades då den annars hade påverkat studiens trovärdighet till det negativa. Dock kan ha artiklarna innehållit relevant information som kunde gynnat studiens resultat.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom det kategorier som utifrån analysen skapats. Dessa bestod av *erfarenheter av kognitiva förändringar två veckor till ett år efter överlevt hjärtstopp* samt *erfarenheter av hur kognitiv påverkan tar sig uttryck*. Resultatet visade stora likheter då flera forskare bekräftade varandras resultat. Detta innebar en god överförbarhet i resultatet.

Det största av fynden från resultatet var konsekvenserna efter ett hjärtstopp som innebar för många att minnesförmågan blev nedsatt. Minnesnedsättningen påverkade individerna genom att både tidigare minnesbilder försvann samt minnet från att ha drabbats av hjärtstoppet, men minnen kunde träda fram en tid efter hjärtstoppet. Den nedsatta minnesförmågan kändes vid även efter sjukhusvistelsen. Minnet av hjärtstoppet var för många individer borta och även minnet av tiden innan händelsen och en viss tid efter sjukhusvistelsen. För individerna som inte hade minne från hjärtstoppet var det av stor vikt att få händelsen återberättat för sig av de som närvarade. Detta styrks av Brännström et al. (2018) där det beskrivs att forskning som tagits fram visar att individerna eftersträvar att fylla minnesluckor från händelsen och sin sjukhusvistelse efteråt (Brännström et al., 2018). Vidare beskrivs det att individerna som inte har något minne från händelsen eller att minnen var suddiga och att deras uppfattning av deras omgivning var svag samt att en del hade minnesluckor från några veckor innan händelsen. Dock upptäcktes det att vissa överlevare hade minne av allting runtomkring innan hjärtstoppet. Genom att acceptera sin nya levnadssituation finner individen begriplighet. Att få händelsen återberättad och bekräftad ger en känsla av acceptans. Förändringen blir normativ om känsla av sammanhang upplevs. Ett annat fynd i resultatet visade att minnesproblematiken medförde att individerna upplevde en misstro för sig själva. För att dölja minnesproblematiken användes humor och skämt som ett försvar och för att lätta på stämningen när minnet svek individerna. Antonovsky (2005) beskriver att det är när patienten känner hopplöshet och otursdrabbad som en svag KASAM upplevs. För att patienter ska finna hälsa och uppnå en stark KASAM ska sjuksköterskan fokusera på patientens känslor och dennes syn på hälsa. Dessa känslor är fokuserade på hur patienten kände innan samt efter den livsförändrande händelsen (Antonovsky 2005). Patienter som överlevt ett hjärtstopp kan därmed behöva stöttning kring dessa känslor av sjuksköterskan för att uppnå en hög KASAM.

I huvudfynden av resultatet beskrivs det att överleva ett hjärtstopp innebär att livet förändras genom att tidigare funktioner kan bli nedsatta och det vardagliga livet påverkas. Bergbom (2012) menar att individen bör känna välbefinnande i sin nuvarande situation för att finna hälsa (Bergbom, 2012). Detta kan innebära att individens hälsa och känsla av KASAM påverkas till grund av de kognitiva påfrestningarna som tillkommit. Antonovsky (2005) beskriver att individen finner KASAM när känslorna av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet upplevs. KASAM finns enbart när individen har accepterat och funnit sig i de

följderna som tillkommit i livet. Acceptans måste finnas i de nya förändringarna i livet för att individen ska känna begriplighet. Genom att finna en inre och yttre stimulans av vad som händer i livet så kommer förändringen att accepteras. Därmed kommer synen på livet att ses med mer klarhet, struktur och ordning (Antonovsky, 2005). Alltså kommer individerna som överlevt ett hjärtstopp finna en hög KASAM först när de accepterar sin nya levnadssituation samt de konsekvenser som hjärtstoppet medförde. Här kan sjuksköterskan finnas som ett stöd genom att kommunicera och stötta i eftervård, rehabilitering och uppföljning. I rehabilitering och uppföljningen efter hjärtstoppet påvisades förbättringar inom de kognitiva funktionerna. De återkommande minnena upplevdes som skrämmande och individen hade svårt att släppa taget om händelsen och nya frågeställningar uppkom. Baggens och Sandén (2014) beskriver att när sjuksköterskan möter individer bör detta ske med god kommunikation. För att kunna skapa en relation till individen bör sjuksköterskan lära känna och skapa förståelse för den händelse som upplevts och ta del av individens frågor och funderingar. Kommunikation är en viktig del inom hälso- och sjukvården. Sjuksköterskans ömsesidiga förståelse i kommunikationen medför att tillit och öppenhet skapas i mötet mellan sjuksköterska och patient (Baggens & Sandén, 2014).

Efter ett överlevt hjärtstopp kan det uppstå nedsättningar som påverkar de kognitiva förmågorna. Vid nedsatta kognitiva funktioner påverkas vardagen, vilket innebär att livsförändringar uppstår på grund av att överlevarna upplever att deras fysiska, emotionella och kognitiva tillstånd är förändrat. Ett överlevt hjärtstopp kan sätta sin prägel på det vardagliga livet för alltid på den som överlevt. Detta kan anses som påfrestande för individen. När en individ upplever en hög känsla av sammanhang finner denne hanterbarhet, meningsfullhet och begriplighet i sin nuvarande levnadssituation. Genom att acceptera händelsen och de påfrestningar som tillkommer upplevs en stark KASAM (Antonovsky, 2005). Efter ett överlevt hjärtstopp uppstår det nedsättningar som påverkar de kognitiva förmågorna. Detta innebär att livsförändringar uppstår på grund av att överlevarna upplever att deras fysiska, emotionella och kognitiva tillstånd är förändrat. Konsekvenser som minnesproblematik, att göra listor för att komma ihåg, precisa planering för varje dag samt att kunna ha en följsam diskussion en ny svårighet i vardagen för överlevarna. Resultatet är liknande det som Winblad et al. (2003) studie beskriver med att kognitiva förändringar kan innebära att individen upplever minnesproblematik, orienteringsförmåga, förmåga att planera, tänka och lösa problem samt att hitta ord i konversationer (Winblad et al., 2003). Ett vardagligt hinder som överlevarna upplevde var hjärntrötthet som krävde att de vilade en

gång under dagen, något som de inte varit bekanta med att behöva tidigare. Denna hjärntrötthet påverkade även deras förmåga att komma ihåg saker och läsförmåga. I en jämförelsestudie mellan hypotermibehandling på 33 grader och 36 grader beskriver Lilja, Nielsen, Friberg, Horn, Kjaergaard, Nilsson, Cronberg (2015) hur hjärntrötthet efter ett hjärtstopp är ett tecken på att koncentrationssvårigheter, problemlösning och inlärningsförmågan blir påverkade även om snabb behandling sätts in till följd av hjärtstoppet (Lilja et al., 2015).

Bilkörning kräver full koncentration och ett av de kognitiva besvären var att koncentrationen var nedsatt på grund av hjärtstoppet. En del uppfyllde de medicinska kriterierna och kunde återgå till att köra bil medan andra fick avstå från bilkörningen då de inte uppfyllde kriterierna. Antonovsky (2005) beskriver att det finns faktorer som påverkar hur en individ känner en hög KASAM. Genom att återgå till sina vanor och återuppta de funktionerna som funnits förr kan medföra att personen känner hälsa i sin levnadssituation (Antonovsky, 2005). Bilkörningen kan ha varit en stor del av individens liv och genom att inte kunna återuppta bilkörningen kan medföra att hälsan blir avsevärt påverkad. Detta kan ha inneburit att individen kunde åka till stan, skjutsa sina barn till skolan eller åka till skogen och plocka svamp. Det sociala perspektivet blir påverkat och Winblad et al. (2003) förstärker att de kognitiva nedsättningarna kan påverka hälsan och att de förlorade förmågorna tar över livet på ett negativt sätt och personen kan inte se förbi nedsättningarna (Winblad et al., 2003).

De mentala besvären som uppstår efter ett hjärtstopp bidrar till att ett minskat engagemang till att återgå till den gamla vardagen och arbetet. I resultatet beskrivs även hur det kändes påfrestande för överlevarna att ta sig tillbaka till de vardagliga rutinerna samt arbete. Det fanns flera som återgick till sina vardagliga rutiner utan större hinder då de upplevde en god hälsa efter och kände sig mentalt friska. Larsson, Wallin, Rubertsson och Kristofferzon (2014) visar att arbetssituationen såg annorlunda ut för samtliga deltagare, en del arbetade heltid eller deltid. Alltså var förutsättningarna att återgå till arbetet olika. Samtliga deltagare blev behandlade med hypotermi som är en specifik behandling vid hjärtstopp. Utgångsläget för deltagarna visade sig vara positivt till grund av behandlingsvalet där 15% gick tillbaka till att arbeta heltid och 11% arbetade deltid sex månader efter hjärtstoppet (Larsson et al., 2014). Med en hög känsla av meningsfullhet och hanterbarhet upplevs även ett större engagemang i livets olika situationer, som att känna motivation till att återgå till vardagliga rutiner och arbete. Antonovsky (2005) menar att när individen känner hälsa upplevs KASAM och genom

komponenten meningsfullhet upplevs motivation i livet. Hanterbarhet upplevs när personen har förstått och infunnit sig i sin nya levnadssituation och är medveten om vad detta innebär. Omständigheterna som händelsen har medfört ska kännas hanterbart och kontrollerat för att individen inte ska känna sig som ett offer och därmed känna KASAM (Antonovsky, 2005).

Kognitiva nedsättningar visades vara starkare kopplat med individer som var 80 år och äldre. Winther-Jensen, Pellis, Kuiper, Koopmans, Hassager, Nielsen och Kjaergaard (2015) beskriver i sin jämförelsestudie om överlevnad efter ett hjärtstopp associerat med ålderdom och hypotermibehandling att kognitiva nedsättningar främst ses hos individer med hög ålder och risken för kognitiv funktionsnedsättning efter ett hjärtstopp ökar med stigande ålder, även om risken är vagare för kognitiv svikt efter att individen blivit behandlad med hypotermi (Winther-Jensen et al., 2015). Kognitiva funktionsnedsättningar framkom 6–12 månader efter hjärtstoppet. Likheter fanns i Nichol, Guffey, Stiell, Leroux, Cheskes, Idris och Aufderheide (2015) studie där överlevarna upplevde kognitiva funktionshinder sex månader efter utskrivning från sjukhuset. Minnesproblematik, koncentrationssvårigheter, bekymmer med planerings- och inlärningsförmågan påverkade livet i olika grader då en del upplevde milda besvär och andra upplevde påfrestningarna som mer problematiska och påfrestande (Nichol et al., 2015).

De kvantitativa artiklarna skrivna av Mouleart et al., (2017), Beesems et al., (2014) och Tiainen (2018) använde sig av olika mätinstrument och det medförde att överförbarheten ifrågasattes av författarna. De olika metoderna mätte kognitiva förmågor som täckte koncentrationen, minnet, orientering och läs- och inläringen. Konsekvenserna med att använda sig av olika mätinstrument kan bli att relevant fakta går miste. Om områdena som blivit undersökta inte har blivit mätta på samma vis resulterar detta i att studiens resultat blir mindre trovärdigt. Resultatet visade sig dock stämma överens med varandra som bekräftade överförbarheten där överlevarna upplevde en god kognitiv funktion 6–12 månader efter hjärtstoppet.

Etikdiskussion

I utförandet av denna allmänna litteraturöversikt har författarna haft Helsingforsdeklarationen, World Medical Association [WMA] (2018) som stöd då förhållningssättet har följt de etiska riktlinjerna och principerna. De artiklar som blivit inkluderade i resultatet är endast artiklar som är publicerade utifrån studier som har blivit

godkända av en forskningsetisk kommitté, detta ses som en styrka inom det etiska förhållningssättet i litteraturöversikten. Ingen av författarna har någon förkunskap om möte med individer som överlevt ett hjärtstopp som har erfarenheter av kognitiva svårigheter och därmed kan det ses som en pålitlighet då författarna lättare haft ett objektiva syn- och förhållningssätt genomgående i studien. Svagheten för studien kan dock bli att relevanta artiklar och delar ur valda artiklar har missats till resultatet då författarna saknar tidigare erfarenhet av att skriva en allmän litteraturöversikt.

Slutsats

Trots sitt plötsliga hjärtstopp och de konsekvenser som tillkom anser de flesta överlevarna att deras välmående är gott. Fyndet påvisade kognitiva förändringar som minnesproblematik, nedsatta förmågor inom koncentration, igenkänning, planering och inläring. Dessa kognitiva förändringar förändrade deras levnadssituation och de tvingades anpassa sig utefter deras nya förutsättningar. Anpassningen till den nya levnadssituationen visade sig att flera upplevde förändringarna som svåra att acceptera. Fyndet visade även att flera av överlevarna saknade ett engagemang till att återgå till sin vardag och arbete. Deras minnesproblematik bidrog med svårigheter till att kunna hålla en flytande konversation och vid vissa tillfällen blev minnessvårigheterna ett moment som upplevdes som genant och skämtades bort. För att individerna ska känna KASAM krävs det att de upplever begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i sina liv och därav krävs en acceptans och förståelse för sin nya livsstil av överlevarna. Genom ett gott bemötande skapas ett band mellan sjuksköterska och patient där omvårdnaden som ges är respektfullt och förståeligt gentemot patienten och hur han eller hon hanterar sin livsvärld. För att främja en stark KASAM betonas det hur viktigt det är att sjuksköterskan bemöter denna grupp av patienter med respekt och hänsyn samt finns där som stöttning och vägledning.

Kliniska implikationer

Studien ger sjukvårdspersonal möjlighet att få en fördjupad förståelse av patienters upplevelser efter ett hjärtstopp och hur det påverkar dem i livet. Den allmänna litteraturöversikten har beskrivit patienters erfarenheter av kognitiva förändringar efter ett överlevt hjärtstopp. Litteraturöversikten har utgått från ett patientperspektiv och utifrån resultatet får sjuksköterskan förståelse och en ökad kunskap inom området. Resultatet har

redovisat att patienten kan uppleva kognitiv svikt efter ett hjärtstopp och genom en fördjupad förståelse för erfarenheterna kan omvårdnadsbehoven sättas i kontext och sjuksköterskan kan vidare arbeta på ett hälsofrämjande sätt. Litteraturöversikten ger även sjuksköterskan en möjlighet till att förstå patientens livsförändringar efter ett hjärtstopp i ett mer djupgående perspektiv.

Förslag till fortsatt forskning

I studiens resultat visade det att patienter som har överlevt ett plötsligt hjärtstopp påverkas av kognitiva nedsättningar. Med detta resultat kom ett intresse för att fler kvalitativa studier med ett mer djupgående perspektiv fångar upp patienternas individuella erfarenheter för att skapa en förståelse för sjuksköterskan samt gynna patienternas uppföljning och rehabilitering. Genom detta kan flera patienters påverkan av de kognitiva nedsättningarna fångas upp tidigare och därmed utveckla kunskapen inom området. För att ge en god överförbarhet hade ett mätinstrument som mäter de kognitiva funktionerna kunnat konstrueras i framtiden då det hade validerat resultatet och givit denna studien mer tillförlitlighet.

Självständighet

Denna litteraturöversikt har genomförts av Sara och Emelie med ett tätt samarbete under arbetets gång. De olika avsnitten i bakgrunden har skrivits enskilt på varsin dator med en jämlik uppdelning för att sedan diskuteras gemensamt och inkludera den andra författarens åsikt. Sara hade mer ansvar över avsnittet Vård i samband med hjärtstopp och Emelie över den Teoretiska referensramen. Syftet togs fram gemensamt genom diskussion om vad vi fann intressant och vad det fanns tillräcklig information om. Litteratursökningen genomfördes tillsammans via Zoom där Sara gjorde sökningen på PubMed och Emelie på CINAHL, där delade vi skärm med varandra för att båda skulle vara delaktiga. De inkluderade artiklarna lästes flera gånger enskilt för att sedan diskuteras gemensamt. Analysen diskuterades genomgående gemensamt men Sara skrev om dataanalysen och Emelie om datainsamlingen. Den återstående del av arbetet som inkluderar resultat, diskussion, slutsats, kliniska implikationer, fortsatt forskning samt tabeller och bilagor genomfördes gemensamt men alltid på varsin dator.

Referenslista

* *Artiklar som ingått i resultat.*

* Andrew E., Nehme Z., Wolfe R., Bernard S., & Smith, K. (2017). Long-term survival following out-of-hospital cardiac arrest. *Heart*, *103*(14), 1104–1110. [10.1136/heartjnl-2016-310485](https://doi.org/10.1136/heartjnl-2016-310485).

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2 uppl.). Stockholm: Natur och kulturs psykologiklassiker.

Baggens, C., & Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (2. uppl., s. 507–532). Lund: 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) 1269-74. doi: [10.1016/j.resuscitation.2014.05.027](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.05.027).

Bergbom, I. (2012). Konsensusbegrepp som epistemologiska begrepp. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp* (s. 47–61). Lund: Studentlitteratur.

Björkman-Björkelund, K., Johansson, A. & Wihlborg, J. (2012) I Vård av patient med hjärtsjukdom i ambulans. I Fridlund, B., Malm, D. & Mårtensson, J. (Red.) *Kardiologisk omvårdnad* (s. 19–36). Lund: Studentlitteratur AB

* Bremer, A., Dahne, T., Stureson, L., Årestedt, K. & Thylén, I. (2019). Lived experiences of surviving in-hospital cardiac arrest. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *33*(1), 156-164. doi: [10.1111/scs.12616](https://doi.org/10.1111/scs.12616).

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

Brännström, M., Niederbach, C., & Rödin, A-C. (2018). Experiences of surviving a cardiac arrest after therapeutic hypothermia treatment. An interview study. *International Emergency Nursing*, *36*, 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.003>

Djärv, T., Bremer, A., Herlitz, J., Israelsson, J., Cronberg, T., Lilja, G., Rawshani, A., & Årestedt, K. (2020). Health-related quality of life after surviving an out-of-hospital compared to an in-hospital cardiac arrest: A Swedish population-based registry study. *Resuscitation*, *151*, 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.04.002>

Dragancea, I., Rundgren, M., Englund, E., Friberg, H., & Cronberg, T. (2013). The influence of induced hypothermia and delayed prognostication on the mode of death after cardiac arrest. *Resuscitation*, *84*(3), 337-342. <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.09.015>

Elliott, V. J., Rodgers, D. L., & Brett, S. J. (2011). Systematic review of quality of life and other patient-centred outcomes after cardiac arrest survival. *Resuscitation*, *82*, 247–256. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.10.030>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.

* Forslund, A-S., Zingmark, K., Jansson, J-H., Lundblad, D. & Söderberg, S. (2014). Meanings of people's lived experiences of surviving an out-of-hospital cardiac arrest, 1 month after the event. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(5), 464-471. 10.1097/JCN.0b013e3182a08aed

* 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. <http://dx.doi.org.miman.bib.bth.se/10.1111/scs.12409>.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red), *Dags att skriva uppsats* (s. 141 - 152). Lund: Studentlitteratur.

HLR-rådet. (2016). *Svenska riktlinjer för uppföljning efter hjärtstopp*. Hämtad 2020-04-23 från <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2018/03/Svenska-riktlinjer-f%C3%B6r-uppf%C3%B6ljning-efter-hj%C3%A4rtstopp.pdf>

HLR-rådet. (2018). *Hjärt-lungräddningsregistrets årsrapport 2019*. Hämtad 2020-04-03 från <https://www.hlr.nu/hjart-lungraddningsregistrets-arsrapport-2018/>

HLR-rådet. (2019). *Så räddar vi fler liv i Sverige vid plötsligt hjärtstopp!*. Hämtad 2020-04-06 från <https://www.hlr.nu/sa-raddar-vi-fler-liv-i-sverige-vid-plotsligt-hjartstopp/>

HLR-rådet. (2020). Fakta och riktlinjer. Hämtad 2020-05-18 från <https://www.hlr.nu/fakta-riktlinjer/>

Karlsson, E-K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 81 - 97). Lund: Studentlitteratur.

* Ketilsdottir, A., Albertsdottir, H. R., Akadottir, S. H., Gunnarsdottir, T. J., & Jonsdottir, H. (2014). The experience of sudden cardiac arrest: becoming reawakened to life. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 13(5), 429–35. doi: 10.1177/1474515113504864.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–80). Lund: Studentlitteratur AB.

Israelsson, J., Lilja, G., Bremer, A., Stevenson-Ågren, J., & Årestedt, K. (2016). Post cardiac arrest care and follow-up in Sweden: a national web-survey. *BMC Nursing*, 15, 1–8. doi:10.1186/s12912-016-0123-0

Larsson, I-M., Wallin, E., Rubertsson, S., & Kristofferzon, M-J. (2014). Health-related quality of life improves during the first six months after cardiac arrest and hypothermia treatment. *Resuscitation*, 85(2), 215-220. 10.1016/j.resuscitation.2013.09.017

Lilja, G., Nielsen, N., Friberg, H., Horn, J., Kjaergaard, J., Nilsson, F., Pellis, T., Wetterslev, J., Wise, P. M., Bosch, F., Bro-Jeppesen, J., Brunetti, I., Forti Buratti, A., Hassager, C., Hofgren, C., Insorsi, A., Kuiper, M., Martini, A., Palmer, N., Rundgren, M., Rylander, C., van der Veen, A., Wanscher, M., Watkins, H. och Cronberg, T. (2015). Cognitive Function in Survivors of Out-of-Hospital Cardiac Arrest After Target Temperature Management at 33°C Versus 36°C. *Circulation*, *131*(15). 1340–1349.

<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014414>

* Mateen, F. J., Josephs, K. A., Trenerry, M. R., Felmlee-Devine, M. D., Weaver, A. L., Carone, M., & White R. D. (2011). Long-term cognitive outcomes following out-of-hospital cardiac arrest: a population-based study. *Neurology*, *77*(15):1438-45. doi: 10.1212/WNL.0b013e318232ab33.

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

Moulaert, V. R., van Heugten, C. M., Winkens, B., Bakx, W. G., de Krom, M. C., Gorgels, T. P., Wade, D. T., & Verbunt, J. A. (2015). Early neurologically focused follow-up after cardiac arrest improves quality of life at one year: A randomised controlled trial. *International journal of cardiology*, *19*(3), 8-16. doi: 10.1016/j.ijcard.2015.04.229.

Nichol, G., Guffey, D., Stiell, I.G., Leroux, B., Cheskes, S., Idris, A., Kudenchuk, P.J., Macphee, R.S., Wittwer, L., Rittenberger, J.C., Rea, T.D., Sheehan, K., Rac, V.E., Raina, K., Gorman, K., & Aufderheide, T. (2015). Post-discharge outcomes after resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest: A ROC PRIMED substudy. *Resuscitation*, *93*, 74–81. doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.05.011

Olausson, S., Lindahl, B., & Ekebergh, M. (2018). A phenomenological study of experiences of being cared for in a critical care setting: The meanings of the patient room as a place of care. *Intensive and Critical Care Nursing*, *29*, 234-243. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.02.002>

Ono, Y., Hayakawa, M., Iijima, H., Maekawa, A., Kodate, Y., Sadamoto, A., Mizugaki, A., Murakami, H., Katabami K., Sawamura, A., & Gando, S. (2016). The response time threshold for predicting favourable neurological outcomes in patients with bystander-witnessed out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, *107*, 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.08.005>

Polit, D.F. and Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.

Rawshani, A. (2020). Hjärtstopp. Hämtad 2020-05-18 från <http://kvalitetsregister.se/hittaregister/registerarkiv/hjartstopp.2404.html>

Rydberg, E., & Holst, M. (2016). Hjärtsjukdomar. I I A. Ekwall & A. M. Jansson (red), *Omvårdnad & medicin* (s. 215 – 260). Lund: Studentlitteratur.

* Sawyer, N. K., Brown, F., Christensen, R., Damino, C., Newman, M. M., and Kurz, C. M. (2016). Surviving Sudden Cardiac Arrest: A Pilot Qualitative Survey Study of Survivors. *Therapeutic Hypothermia and Temperature Management*, 6(2), 76-84. 10.1089/ther.2015.0031

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2017a). Bedömning av studier med kvalitativ metodik. Hämtad 2020-04-30 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2017b). Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten - en handbok. (3 uppl.). Hämtad 2020-05-03 från <https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2019a). Bedömning av icke randomiserad studie (retrospektiv och prospektiv ITT). Hämtad 2020-04-30 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_icke_randomiserad_studie_retrospektiv_prospektiv_itt.pdf

* Steinbusch, V.M. C., van Heugten, M. C., Rasquin, M.C. S., Verbunt, A. J., Moulaert, R.M. V. (2017). Cognitive impairments and subjective cognitive complaints after survival of cardiac arrest: A prospective longitudinal cohort study. *Resuscitation*, 120, 132–137. 10.1016/j.resuscitation.2017.08.007.

* Tiainen, M., Vaahersalo, J., Skrifvars B. M., Hästbacka, J., Grönlund J., & Pettilä, V. (2018). Surviving out-of-hospital cardiac arrest: The neurological and functional outcome and health-related quality of life one year later. *Resuscitation*, 129, 19–23. 10.1016/j.resuscitation.2018.05.011

van der Bijl, P., Podlesnikar, T., Bax, J. J., & Delgado, V. (2018). Sudden Cardiac Death Risk Prediction: The Role of Cardiac Magnetic Resonance Imaging. *Revista Española de Cardiología* (English Edition), 11, 961–970. doi:10.1016/j.rec.2018.05.019.

Willman, A., & Stoltz, P. (2017). Metasyntes. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 399–420). Lund: Studentlitteratur.

Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L-O., Nordberg, A., Bäckman, L., Albert, M., Almkvist, O., Arai, H., Basun, H., Blennow, K., de Leon, M., DeCarli, C., Erkinjuntti, T., Giacobini, E., Graff, C., Hardy, J., Jack, C., Jorm, A., Ritchie, K., van Duijn, C., Visser, P., & Petersen, R. C. (2003). Mild cognitive impairment--beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 240-246. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/j.1365-2796.2004.01380.x>

Winther-Jensen, M., Pellis, T., Kuiper, M., Koopmans, M., Hassager, C., Nielsen, N., Wettersleve, J., Cronberg, T., Erlinge, D., Friberg, H., Gaschei, Y., Horn, J., Hovdenes, J., Stammet, P., Wanscher, M., Wise, P. M., Ånemann, A., & Kjaergaard, J. (2015). Mortality and neurological outcome in the elderly after target temperature management for out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation, 91*, 92-98.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.12.030>

WMA (2013). *WMA declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2020-04-21 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (red), *Dags att skriva uppsats* (s. 59–82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 Databassökningar

Tabell 1

PubMed	Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
#1	"Heart Arrest"[Mesh] OR "Out-of-Hospital Cardiac Arrest"[Mesh] OR "Death, Sudden, Cardiac"[Mesh] OR Cardiac arrest OR In-hospital cardiac arrest	20200504	74750				
#2	Life Change Events"[Mesh] OR Experience* OR Lived experience* OR Life experience*	20200504	1068933				
#3	Surviv* OR "Survivors"[Mesh]	20200504	1410191				
#4	#1 AND #2 AND #3	20200504	1963				
#5	#4 FILTERS 10 years, English, Adult 19+, NOT predict*	20200504	470	470	52	26	11

Tabell 2

CINAHL	Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
#1	MH "Heart Arrest" OR OR MH "Death, Sudden, Cardiac" OR Cardiac arrest, In- Hospital cardiac arrest OR Out-of-hospital cardiac arrest	20200504	28376				
#2	MH "Life experience" OR Experience* OR Life change event* OR Lived experience*	20200504	474287				
#3	Surv* OR MH" Survivors	20200504	664237				
#4	#1 AND #2 AND #3	20200504	811				
#5	#4 FILTERS 10 years, English, Peer Reviewed, Age 19+	20200504	300	300	17	12	5 ● 3

- *Dublett. MH betyder Major Headings. * Trunkering har använts vid sökordet.*

Granskningsprotokoll

Bilaga 2

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre

Måttliga

Stora brister, studien ingår inte i syntesen

Kommentarer:

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien¹

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	Ja	Nej	Oklart
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförandet:	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	Ja	Nej	Oklart
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	Ja	Nej	Oklart
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validerades tolkningarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	Ja	Nej	Oklart
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har forskarna hanterat sin förståelse på ett acceptabelt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

Frågor som används i samband med bedömning i CERQual

Bedömningarna görs enbart för studier som ska ingå i syntesen.

6. Relevans

Studien är relevant	<input type="checkbox"/>
Studien har partiell relevans	<input type="checkbox"/>
Studien har indirekt relevans	<input type="checkbox"/>
Relevansen går inte att bedöma	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

7. Koherens

Stödfrågor:	Ja	Nej	Oklart
Användes huvuddelen av data i analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hanterades motstridiga data på ett lämpligt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underbyggde insamlade data resultatet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sammantaget, finns det allvarliga svagheter som kan leda till bristande koherens i det sammanvägda vetenskapliga underlaget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

8. Tillräckliga data

Stödfrågor:	Ja	Nej	Oklart
Var antalet studiedeltagare tillräckligt stort? (t.ex. om mättnad uppnåtts)			
Har formen för datainsamling varit sådan att den medger möjlighet till rika data?			

Kommentarer:

1A. Bias från confounding

(Identifiera viktiga confounders på det aktuella området för att besvara frågorna)

Risk för bias från rapportering bedöms som:	Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	Oacceptabelt hög <input type="checkbox"/>	
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
A1.1 effekten av interventionen har påverkats av viktiga confounders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Nej"/"Troligen nej", inga flera frågor avseende confounding behöver besvaras. Gå till domän 2.					
Om "Ja"/"Troligen ja", avgör om time varying confounding behöver övervägas. Besvara A1.2.					
A1.2 deltagare som avbröt sitt deltagande eller bytte grupp ingick i analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Nej"/"Troligen nej" (= det förekom sannolikt bara confounding vid baslinjen). Fortsätt till A1.4.					
Om "Ja"/"Troligen ja" (= det kan ha förekommit "time varying confounding"). Besvara A1.3.					
A1.3 orsakerna till att deltagarna avbröt eller bytte grupp har påverkat utfallet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A1.4 man använde en lämplig analysmetod som kontrollerade för alla viktiga confounders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja"/"Troligen ja". Besvara A1.5 och A1.6.					
A1.5 viktiga confounders var mätta med valida och reliabla metoder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A1.6 De data man använde för att kontrollera confounders var redovisade i studien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A1.7 man tog in och kontrollerade för nya variabler efter att interventionen inletts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

1B. Selektion/gruppindelning

Risk för bias från selektion/ gruppindelning bedöms som:		Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	Oacceptabelt hög <input type="checkbox"/>
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
B1.1 deltagaregenskaper (eller faktorer) som observerats efter att interventionen inletts påverkade valet av deltagare i studien/analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja"/"Troligen ja" på B1.1. Besvara B1.2.					
B1.2 dessa deltagaregenskaper (eller faktorer) hade samband med interventionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja"/"Troligen ja" på B1.2. Besvara B1.3.					
B1.3 dessa deltagaregenskaper (eller faktorer) påverkades av utfallet eller av en orsak till utfallet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1.4 intervention och uppföljning inföll vid samma fas i sjukdomsförloppet/utvecklingen för de flesta deltagarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Nej"/"Troligen nej" på B1.4. Besvara B1.5.					
Om "Ja"/"Troligen ja" på B1.2 och B1.3. Besvara B1.5.					
B1.5 lämpliga metoder som kan korrigera för selektionsbias användes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

1C. Klassificering/avgränsning av interventionsgrupperna

Risk för bias från klassificering/ definition av interventions- grupperna bedöms som:		Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	Oacceptabelt hög <input type="checkbox"/>
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
C1.1 interventionsgrupperna var väl definierade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1.2 informationen som användes för att definiera interventionsgrupperna samlades in innan resultatet av interventionen var känt (eller avblindat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1.3 definitionen av interventionsgrupperna kan ha påverkats av kännedom om utfallet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

2. Avvikelser från planerade interventioner

Risk för bias från rapportering bedöms som:		Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att...?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
2.1 deltagarna kände till vilken intervention de tilldelats under studiens gång?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 behandlarna kände till vilka interventioner deltagarna tilldelats under studiens gång?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvara 2.3 om du svarat "Ja", "Troligen ja" eller "Information saknas" på 2.1 eller 2.2.					
2.3 <i>kännedom om studien och gruppindelningen kunde leda till avvikelser som var obalanserade mellan grupperna (t.ex. förändringar i övrig vård eller avvikelser från klinisk praxis)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvara 2.4 om du svarat "Ja" eller "Troligen ja" på 2.3.					
2.4 <i>avvikelseorna var obalanserade mellan grupperna, och detta påverkade utfallet?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 <i>flera av deltagarna analyserades i en annan grupp än den de fördelades till, eller att deltagare exkluderades från analysen – och detta påverkade sannolikt utfallet?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

3. Bortfall

Risk för bias från bortfall bedöms som:		Låg <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Hög <input type="checkbox"/>	
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att...?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
3.1 resultat redovisades för alla eller nästan alla deltagare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvara 3.2 om du svarat "Nej", "Troligen nej" eller "Information saknas" på 3.1.					
3.2 <i>det finns evidens som stödjer att resultaten är robusta trots bortfallet?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvara 3.3 om du svarat "Nej" eller "Troligen nej" på 3.2.					
3.3 <i>bortfallet kan vara relaterat till utfallsmåttet?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvara 3.4 om du svarat "Ja", "Troligen ja" eller "Information saknas" på 3.3.					
3.4 <i>såväl bortfallet som orsaker till bortfallet var likartat mellan grupperna?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

4. Mätning av utfallet

Risk för bias från mätning av utfallet bedöms som: Låg <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Hög <input type="checkbox"/>					
Motivering: se stödfrågorna nedan					
Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
4.1 metoden för datainsamling var olämplig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 datainsamlingen skilde sig åt mellan grupperna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 de som mätte utfallet var medvetna om vilken intervention deltagarna fått?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvara 4.4 om du svarat "Ja", "Troligen ja" eller "Information saknas" på någon av frågorna ovan.					
4.4 bedömningen med stor sannolikhet påverkades av detta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

5. Rapportering

Bedömer du att..?	Ja	Troligen ja	Troligen nej	Nej	Information saknas
5.1 analyserna var genomförda enligt en plan som publicerats innan utfallsdata var tillgängliga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 de rapporterade resultaten har valts ut från flera sätt att mäta utfallet (t.ex. olika skalor, tidpunkter)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 de rapporterade resultaten har valts ut från olika analyser av samma utfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

6. Jäv/intressekonflikter (kan rapporteras narrativt)

	Ja	Nej	Kommentar		
Deklarerar författarna att de saknar finansiella intressen som kan påverka utfallet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Deklarerar författarna att de saknar andra bindningar som kan påverka utfallet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Om möjligt: Vilken är riktningen på bias för utfallet?	Gynnar intervention <input type="checkbox"/>	Gynnar kontroll <input type="checkbox"/>	Mot noll <input type="checkbox"/>	Från noll <input type="checkbox"/>	Går ej att bedöma <input type="checkbox"/>

Översiktstabell

Bilaga 3

Författare/år/land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
Andrew, E., Nehme, Z., Wolfe, R., Bernard, S., & Smith, K. 2017. Australien.	Long-term survival following out-of-hospital cardiac arrest	Syftet var att undersöka faktorerna som uppkommit efter hjärtstoppet för att undersöka om de hade någon inverkan på individens mående och livslängd.	Kvantitativ ansats med en retrospektiv design.	n=3449	Resultatet i studien visade att 92% av deltagarna överlevde ett år efter hjärtstoppet. Deltagarna som överlevt ett år efter visade ett engagemang att återgå till arbetet och hade hanterbara kroppsliga och psykiska funktioner.	Medel.
Beesems, SG., Wittebrood, KM., de Haan, RJ., & Koster, RW. 2014. Irland.	Cognitive function and quality of life after successful resuscitation from cardiac arrest.	Syftet med denna studie var att bedöma patienters neurokognitiva funktion och livskvalitet inom en tidsram på 6-12 månader efter hjärtstopp.	Kvantitativ design med intervjuer via telefon, prospektiv studie.	n=220	Vid telefonintervju 6–12 månader efter överlevt hjärtstopp var den kognitiva förmågan god hos största delen av deltagare. Vid mätning med mer känsliga instrument fanns fler avvikelser kring den kognitiva förmågan.	Medel.

Författare/år/land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
Bremer, A., Dahne, T., Stureson, L., Årestedt, K. & Thylén, I. 2019. Sverige.	Lived experiences of surviving in-hospital cardiac arrest.	Syftet var att belysa betydelsen av människors upplevda erfarenheter av att överleva ett hjärtstopp på sjukhus.	Kvalitativ metod med intervjuer.	n=18. 17 män, 1 kvinna	Överlevarna upplevde att de hade existentiella tankar, sökande efter känslomässigt välbefinnande, minnessvårigheter samt att de ville ha en förklaring till hjärtstoppet.	Hög.
Forslund, AS., Zingmark, K., Jansson, JH., Lundblad, D., & Söderberg, S. 2014. Sverige.	Meanings of People's Lived Experiences of Surviving an Out-of-Hospital Cardiac Arrest, 1 Month After the Event.	Syftet med denna studie var att belysa betydelsen av människors upplevelser att överleva ett hjärtstopp 1 månad efter händelsen.	Kvalitativ studie med intervjuer.	n=11. 9 män, 2 kvinnor.	Deltagarna upplevde minnesförlust och svårigheter med att kommunicera med andra människor som varit närvarande under hjärtstoppet. Studien resulterade i att deltagarna reflekterade över sina liv. Dessa erfarenheter fick deltagarna att utvärdera vad som är viktigt i livet.	Hög.
Forslund, AS., Jansson, JH., Lundblad, D., & Söderberg, S. 2017. Sverige.	A second chance at life: people's lived experiences of surviving out-of-hospital cardiac arrest.	Syftet med denna studie var att belysa betydelsen av människors upplevda upplevelser och förändringar i det dagliga livet under deras första år efter att ha överlevt hjärtstopp.	Kvalitativ ansats med longitudinell och prospektiv design.	n=11 9 män, 2 kvinnor.	Hjärtstoppet påverkade människorna på ett existentiellt, mentalt, kognitivt och fysiskt sätt. Deltagarna i studien hade många känslor och saker att tänka på angående händelsen som de upplevt. Deltagarna framförde skillnaderna som framkommit efter hjärtstoppet och jämförde dessa med hur livet såg ut innan samt hur de planerade att fortsätta leva sitt liv.	Hög.

Författare/år/land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
Ketilsdottir, A., Albertsdottir, HR., Akadottir, SH Gunnarsdottir, TJ., & Jonsdottir, H. 2014. Island.	The experience of sudden cardiac arrest: Becoming reawakened to life.	Syftet med denna studie var att beskriva överlevares erfarenheter efter plötsligt hjärtstopp och återupplivning för att få kunskap om effekten av denna erfarenhet på de överlevandes behov och problem.	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer.	n=7.	I återhämtningen efter hjärtstoppet upplevde deltagarna nedsatt fysisk och kognitiv funktion, känslor av ångest samt brist på säkerhet och stöd. Resultatet visade att deltagarna behövde diskutera de utmaningar som de mött för att få bekräftelse på att deras återhämtning var på rätt väg.	Hög.
Mateen, FJ., Josephs, KA., Trenerry, MR., Felmlee-Devine, MD., Weaver, AL., Carone, M., & White RD. 2011. USA.	Long-term cognitive outcomes following out-of-hospital cardiac arrest: A population-based study.	Syftet var att rapportera de neurologiska resultaten på lång sikt hos patienter som överlevt hjärtstopp utanför sjukhus med ventrikelflimmer	Kvantitativ ansats med retrospektiv design.	n=140.	Långtidsöverlevande av hjärtstopp med ventrikelflimmer har minnesvärigheter jämfört med folk som inte drabbats av hjärtstopp.	Hög.
Moulaert, VRM., van Heugten CM., Gorgels, TP., Wade DT. & Verbunt, JA. 2017. Nederländerna.	Long-term Outcome After Survival of a Cardiac Arrest: A Prospective Longitudinal Cohort Study.	Syftet var att undersöka resultatet på de funktionshinder som kan uppstå efter första överlevnadsåret av ett hjärtstopp.	Kvantitativ metod som är prospektiv longitudinell studie.	n=141 238 - 97 bortfall	Överlevnas funktionsnivå kontrollerades med mätinstrument och det kognitiva förbättrades och bedömdes som bättre ett år efter hjärtstoppet.	Hög.

Författare/år/land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
Sawyer, NK., Brown, F., Christensen, R., Damino, C., Newman, MM., and Kurz, CM. 2016. USA.	Surviving Sudden Cardiac Arrest: A Pilot Qualitative Survey Study of Survivors.	Syftet var att identifiera områden unika och viktiga för hjärtstopps överlevare och deras familjemedlemmar (och/eller vänner).	Kvalitativ metod där frågeformulär skickades ut till deltagarna. Studien är internet pilotbaserad.	n=157	Resultatet visade hur personer som överlevt ett hjärtstopp upplever livet i efterhand. Tester visade att en stor andel upplevde minnessvårigheter.	Hög.
Steinbusch, V.M. C., van Heugten, M. C., Rasquin, M.C. S., Verbunt, A. J., Moulaert, R.M. V. 2017. Nederländerna	Cognitive impairments and subjective cognitive complaints after survival of cardiac arrest: A prospective longitudinal cohort study.	Syftet var att undersöka förloppet för objektiv och subjektiv funktion och deras associering under det första året efter hjärtstopp.	Kvantitativ ansats med prospektiv longitudinell cohort studie.	n=141	Deltagarna visade kognitiva nedsättningar två veckor till tre månader efter hjärtstoppet. Minnesfunktion, planerings- och inlärningsförmåga påverkades mest. Återhämtning av de kognitiva funktionerna sågs bli förbättrade under de tre första månaderna efter hjärtstoppet.	Hög.
Tiainen, M., Vaahersalo, J., Skrifvars, MB., Hästbacka, J., Grönlund, J., & Pettilä, V. 2018. Finland.	Surviving out-of- hospital cardiac arrest: The neurological and functional outcome and health- related quality of life one year later.	Syftet var att bedöma de överlevare som drabbats av ett hjärtstopp ett år senare som bor hemma. Bedömningen av de vardagliga funktionerna som att köra bil, sköta sin ADL, arbete samt deras livskvalité.	Kvantitativ ansats med prospektiv och observationsdesign.	n=21	Resultatet visade att fyra av tio patienter överlevde till ett år efter hjärtstoppet. Nio av tio överlevande var oberoende, bodde hemma, deltog i aktiviteter utanför hemmet och värderade deras livskvalitet för att vara lika bra som hos ålders- och könsmatched allmän befolkning.	Medel.

Översikt dataanalys

Bilaga 4

Likheter och skillnader	Översättning till svenska	Kategori
<p>“Participants experienced changes in their physical abilities, emotional state and cognitive performance...”</p> <p>“Participants noted that physical and cognitive impairments had prompted a changed family situation and that other family members had been forced to take on increased responsibility.”</p> <p>“Participants experienced cognitive problems such as reduced reading capability and difficulties with recognizing familiar people.”</p> <p>“Participants described memory problems...”</p> <p>“Surviving meant dealing with both memory loss and adverse memories...”</p> <p>“Memory loss...”</p> <p>“...not remembering or knowing what they had done or said...”</p>	<p>“Deltagare upplevde förändringar i deras fysiska förmågor, emotionella tillstånd och kognitivt utförande...”</p> <p>“Deltagarna noterade att fysiska och kognitiva förändringar hade lett till en förändrad familjesituation och därmed hade familjen blivit tvingad till att ta ett ökat ansvar.”</p> <p>“Deltagarna upplevde kognitiva problem som att läsförmågan var nedsatt samt att de hade svårt att känna igen bekanta personer.”</p> <p>“Deltagare beskrev minnesproblematik...”</p> <p>“Överlevnad innebar hantering av både minnesförlust och ogynnsamma minnen...”</p> <p>“Minnesförlust...”</p> <p>“...att inte komma ihåg eller veta vad de hade gjort eller sagt...”</p>	<p>Erfarenheter av hur de kognitiva nedsättningarna tar sig uttryck</p>
<p>“When reassessed 6–12 months later, 15% (30/206) of these suffered from cognitive impairments at follow-up.”</p> <p>“Cognitive complaints were more frequently present at 1 year...”</p> <p>“One year after the cardiac arrest, cognitive functioning was below cutoff in 14 (13%) survivors...”</p>	<p>“Vid utvärdering 6–12 månader senare, visade 15% av dessa att de hade lidit av kognitiva nedsättningar vid uppföljning.”</p> <p>“Kognitiva svårigheter förekom främst ett år efter...”</p> <p>“Ett år efter hjärtstoppet upplevdes kognitiva svårigheter hos 13% av överlevarna...”</p>	<p>Erfarenheter av kognitiva förändringar två veckor till ett år efter hjärtstoppet</p>