

ÖVERLEVARE AV HJÄRTSTOPP, ANHÖRIGAS UPPLEVELSE

EN LITTERATURSTUDIE

FELICIA LINDSTRÖM
DASARETA SHALA

ÖVERLEVARE AV HJÄRTSTOPP, ANHÖRIGAS UPPLEVELSE

EN LITTERATURSTUDIE

FELICIA LINDSTRÖM
DASARETA SHALA

Lindström, F och Shala, D. Överlevare av hjärtstopp, anhörigas upplevelser. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 hp*. Malmö Universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2018.

Bakgrund: I Sverige, drabbas 5000 personer av hjärtstopp varje år och av dessa räddas 500 personer. Att drabbas av ett hjärtstopp är traumatiskt för den drabbade och kräver tid för återhämtning. Anhöriga har en central roll i omvårdnaden av den drabbade, både vid hjärtstoppet samt tiden efter. **Syfte:** Syftet med denna litteraturstudie var att belysa anhörigas upplevelser när en närstående drabbats av hjärtstopp och överlevt. **Metod:** Litteraturstudien genomfördes med en kvalitativ ansats. Tio relevanta studier fanns vid sökning i databaserna Cinahl och PubMed. Studierna kvalitetsgranskades och analyserades via Fribergs (2017) modell. **Resultat:** Litteraturstudien resulterade i fyra huvudkategorier: De första känslorna, information och kommunikation, känsla av kontroll samt förändring. Vidare framkom 15 subkategorier. **Konklusion:** Vid ett hjärtstopp upplever anhöriga olika känslor; det är en överväldigande och chockerande incident. De ställs inför livsförändringar och deras egen hälsa påverkas. Kunskap om de anhörigas upplevelse då deras närstående drabbas av ett hjärtstopp är essentiell för sjuksköterskan för att hon ska kunna bidra med omhändertagande av dem.

Nyckelord: Anhörig, hjärtstopp, litteraturstudie, upplevelser, överlevare.

SURVIVORS OF CARDIAC ARREST, RELATIVES LIVED EXPERIENCE

LITERATURE REVIEW

FELICIA LINDSTRÖM
DASARETA SHALA

Lindström, F and Shala, D. Survivors of cardiac arrest, relatives lived experience. A literature review. *Degree project in nursing 15 hp*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of health, 2018.

Background: In Sweden, every year approximately 5000 people suffer from cardiac arrest, from these 500 get saved. A cardiac arrest is traumatizing for the ones affected and requires time for recovery. The relative has a central part in the care of the one affected, both during and after the event. **Aim:** This literature review aims to get a better understanding of relatives lived experiences when a relative suffers from a cardiac arrest and survives. **Method:** The literature review was conducted with a qualitative approach. Ten studies were found through Cinahl and PubMed database which were examined in quality and furthermore analyzed through the model of Friberg (2017). **Results:** The literature review resulted in four main categories: The initial feelings, information and communication, feeling of control, and change. From the four main categories, 15 subcategories were formed. **Conclusion:** At a cardiac arrest, relatives experience a lot of different emotions. It is an overwhelming and shocking event. They face significant changes in life, and their health is affected. The knowledge of relatives' experience is essential for a nurse to make sure relatives receive proper care in devastating events.

Keywords: Cardiac arrest, experience, literature review, relatives, survivors.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND.....	5
Hjärtstopp	5
Behandling.....	5
Överlevares upplevelser efter hjärtstopp.....	6
Sjuksköterskans ansvar och upplevelser	6
Anhörig och anhörigomsorg.....	7
PROBLEMFÖRMULERING.....	7
SYFTE.....	8
Frågeställningar.....	8
METOD.....	8
Precisering av problemet.....	8
Inklusions- och exklusionskriterier	8
Databassökning	9
Urvalsprocess.....	9
Kvalitetsgranskning.....	10
Dataanalys.....	10
RESULTAT.....	11
De första känslorna.....	11
Information och kommunikation	13
Känsla av kontroll.....	13
Förändring.....	14
DISKUSSION.....	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion.....	18
KONKLUSION	25
FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE	25
REFERENSER	27
BILAGOR	30
Bilaga 1:Litteratursökning i Cinahl 2018-04-26.....	31
Bilaga 2: Litteratursökning i PubMed 2018-04-26	33
Bilaga 3: Artikelmatriser	35
Bilaga 4: SBU - Mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa artiklar	45
Bilaga 5: Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet	47

INLEDNING

Bakom varje person som drabbas av hjärtstopp finns anhöriga. De erfarenheter som författarna upplevt kring hjärtstopp kommer dels från verksamhetsförlagd utbildning, men även från egna upplevelser då närstående fått hjärtstopp. Författarna har varit med om situationer där personer avlidit till följd av hjärtstopp men även situationer där personer överlevt, det sistnämnda är vad som väckte deras uppmärksamhet. Detta väckte frågor kring hur de anhöriga blir påverkade av att en närstående blir drabbad av hjärtstopp både i det akuta skedet och tiden efteråt. Under författarnas utbildning har informationen kring hur en sjuksköterska ska hantera anhöriga under akuta situationer varit vag, det är något som behöver lyftas fram enligt författarna. Författarna upplever brister i hur bemötandet av anhöriga sker tiden efter hjärtstoppet, de söker därför efter kunskaper om hur sjuksköterskan bör bemöta och omhänderta anhöriga till den drabbade som överlevt ett hjärtstopp.

BAKGRUND

Hjärtstopp kan drabba alla människor vare sig ålder eller sammanhang. Att kunna identifiera ett hjärtstopp samt utföra hjärt-lungräddning är kunskap som kan rädda människors liv (HLR-rådet 2016).

Hjärtstopp

I Sverige rapporteras varje år omkring 5 000 hjärtstopp av ambulanssjukvård som inträffar utanför sjukhus och av dessa räddas ca 500 personer (HLR-rådet 2016). Under kommande avsnitt av litteraturstudien beskrivs det patofysiologiska skeendet av ett hjärtstopp samt nödvändig behandling. Följt av överlevares upplevelser av att överleva och sjuksköterskors reflektioner vid en patients överlevnad av hjärtstopp. Slutligen behandlas anhörigas upplevelser av att vårda en anhörig.

Patofysiologi

Många olika anledningar kan ligga till grund för att en person drabbas av ett hjärtstopp, som tillkännages av att personen plötsligt kollapsar och livstecken uteblir (Rosenqvist 2012). Vid ett hjärtstopp drabbas hjärtat av elektriskt kaos som leder till att hjärtat börjar arbeta oregelbundet. Detta innebär störningar i hjärtats aktivitet vilket försämrar hjärtfunktionen och slutligen leder till att pumpförmågan upphör (a.a.). Enligt HLR-rådet (2016) ökar dödligheten vid hjärtstopp med ca 10% per minut om ingen behandling initieras eller hjärtstartare används. Om hjärtat inte sätts igång inom 5–10 minuter är chanserna för överlevnad små (Rosenqvist 2012). Grundläggande föreligger tre orsaker som kan leda till ett hjärtstopp: PEA (pulslös elektrisk aktivitet), ventrikelflimmer och asystoli (Holmberg 2010).

Behandling

En person dör inte så fort hjärtat stannat, men vid ett hjärtstopp gäller det att någon agerar snabbt då tiden är av största betydelse (Holmberg 2010). ”Kedjan som räddar liv” är en kedja av åtgärder som måste utföras för att ge den drabbade en maximal chans att överleva och Holmberg (2010) menar att följande länkar är de viktigaste: tidigt larm, tidig hjärt-lungräddning (HLR) och tidig defibrillering.

HLR innebär hjärtmassage i form av 30 hjärtkompressioner i följd av och konstgjord andning som innebär två inblåsningar av luft i personens lungor (Rosenqvist 2012). Ju längre det dröjer tills hjärtat sätts igång, desto mer ökar risken för ischemiska skador i organ, framförallt i hjärnan (Holmberg 2010). En behandling som idag utförs på personer som återupplivats efter ett hjärtstopp är hypotermibehandling som innebär att kroppstemperaturen sänks till 32°C eller 34°C (Svensson 2012). Behandlingen har visat sig minska antalet dödsfall samt neurologiska skador hos den överlevande och påbörjas 90–120 minuter efter hjärtstoppet. Efter 24–48 timmars behandling värms personens kropp långsamt tillbaka till normal kroppstemperatur (a.a.).

Överlevares upplevelser efter hjärtstopp

Att överleva hjärtstopp kan förändra en persons livstillvaro. Detta skriver Haydon m.fl. (2017) i sin studie, vars resultat visade att hjärtstoppsoverlevare upplevde kroppsliga begränsningar, störningar i kontinuiteten i livet, en ny verklighet och psykologiska utmaningar. Författarna uppgav även att de anhöriga reflekterade en hel del kring denna nära döden upplevelse (a.a.).

De personer som överlevde hjärtstopp beskrev en berg- och dalbana av känslor. Irritabilitet och ilska över förändringarna som krävs i ett liv efter hjärtstopp uttrycktes, då överlevarna kände att deras kroppar inte längre orkar lika mycket som innan (Haydon m.fl. 2017). Överlevarna klarade inte längre sina dagliga aktiviteter vilket gav de en känsla av begränsning. De kände även en osäkerhet över hur mycket deras kroppar faktiskt klarar av efter händelsen samt ett behov av att ”testa sin kropp” (Forslund m.fl. 2017). Tankar om varför just de drabbats och frågor om hur de kunde ha förhindrat det var vanliga bland överlevarna (Haydon m.fl. 2017). Ett behov av att veta vad som hänt under tiden som personen varit medvetslös uttrycktes också och Haydon m.fl. (2017) beskriver hur denna kunskap gav överlevarna en chans att binda det förflutna med nuet. Samtidigt blev de påmind om sin dödlighet vilket bidrog till en hel del existentiella frågor (a.a.).

Överlevarna beskrev även en omprioritering i livet i form av ett hälsosammare liv samt stressreducering (Haydon m.fl. 2017). Många överlevare fokuserade mer på relationer; att spendera mer tid med sina närmaste samt att bidra med glädje och styrka var av stor preferens hos majoriteten av överlevarna (a.a.). En annan studie gjord av Brännström m.fl. (2018) belyser även patienters upplevelse av att själva känna behovet av att behöva söka vård för att ta uppföljande prover när en tid har gått. Detta gav en trygghet för överlevaren då proverna gav bra resultat. Brännström m.fl. (2018) belyser även att överlevarna tyckte att det var viktigt att ha fotografier med familjemedlemmar synligt och att det hade en stor betydelse på deras återhämtning (a.a.). Överlevarna upplevde en delad känsla av tacksamhet för att ha överlevt och uttryckte att endast en person som faktiskt varit med om en nära döden upplevelse skulle kunna förstå livets sanna värde (Haydon m.fl. 2017).

Sjuksköterskans ansvar och upplevelser

Personcentrerad vård är en viktig del av sjuksköterskans dagliga arbete (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Omvårdnaden som genomförs i partnerskap med patient och anhörig ska göra så att värdighet och integritet bevaras. Att se både patient och anhörig som unika personer med individuella behov, resurser, värderingar och förväntningar är kännetecknen på personcentrerad vård (a.a.).

Omhändertagandet av anhöriga är en del av omhändertagandet av patienten, vilket belyser sjuksköterskans ansvar att se till de anhöriga (McKiernan & McCarthy 2010). Larsson och Engström (2013) skriver att sjuksköterskor upplever det som krävande att vårda personen som drabbats av ett hjärtstopp och samtidigt ta hand om de anhöriga. De uttrycker vikten i att informera de anhöriga om den närståendes vård, särskilt vid behandlingar som kan upplevas som otäcka av de anhöriga. Larsson och Engström (2013) skriver att sjuksköterskorna även ansåg att det är viktigt att berömma de anhöriga; det är viktigt att belysa de anhörigas goda insatser vid livräddning samt i eftervården av den närstående och dessutom att svara på deras frågor så att de inte skuldbelägger sig själva (a.a.).

Anhörig och anhörigomsorg

En anhörig är en person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna (Socialstyrelsen 2018). Enligt Anhörigas Riksförbund (2016) kan en anhörig även vara en person från vänkretsen. Idag upplevs det av anhöriga att de måste ta större vårdansvar för sina närstående än de själva vill eller orkar på grund av brister inom vård och omsorg. (Anhörigas riksförbund 2016). I de fall en anhörig tar sig an rollen som vårdare, kallas detta anhörigomsorg. Detta innebär då att den anhöriga tar hand om den närstående som inte klarar sig på egen hand på grund av sjukdom (Anhörigas riksförbund 2016; Etchegary m.fl. 2016), hög ålder eller funktionsnedsättning (Anhörigas riksförbund 2016). En anhörig kan exempelvis vara en förälder, partner eller granne (a.a.).

Sjuksköterskan har en avgörande roll inom sjukvården samt inom patientutbildning, därför är det viktigt att hon har en förståelse för både patientens samt anhörigas uppfattning (Cartledge m.fl. 2017). Anhöriga upplever en variation av känslor när deras närstående drabbas av ett hjärtstopp och genom att öka utbildningen om hjärtsjukdom kan sjuksköterskan bidra med mer förståelse för de anhöriga, men även den drabbade. Cartledge m.fl. (2017) betonar även vikten av att utbilda både anhöriga och hjärtsjukdomsöverlevare.

PROBLEMFORMULERING

Att överleva ett hjärtstopp innebär en livstid av förändringar, nya tankar och känslor i människans liv. Överlevaren måste ändra sina rutiner, anpassa sig till sina begränsningar och konfrontera nya rädslor. Detta är sådant som är känt för sjuksköterskan sedan innan, men bakom denna person står en anhörig vars liv också förändras. Att vara anhörig till en person som drabbats av ett hjärtstopp är något som kan upplevas som påfrestande, särskilt de som är med från det akuta skedet till eftervården. Som anhörig står de vid sin närståendes sida och har en stor påverkan på deras tillfrisknande vilket innebär att de anhörigas mående och upplevelser har stor betydelse för den drabbades återhämtning.

För att de anhöriga ska kunna bidra med en god roll och stöttning för dem drabbades eftervård, är det viktigt att sjuksköterskan bekräftar de anhörigas upplevelser. Författarna vill därför lägga fokus på de anhörigas upplevelse för att öka sin kompetens inom området och på så vis kunna stötta dem på det sätt som krävs för att bidra till ett gott mående och god tillvaro för både anhörig och överlevare. Genom att öka kunskapen inom detta område kan det bidra till en utveckling i omvårdnadsarbetet för att bättre tillgodose de anhörigas behov (Engström & Söderberg 2004).

SYFTE

Syftet med denna studie var att belysa anhörigas upplevelser när en närstående drabbats av hjärtstopp och överlevt.

Frågeställningar

Hur upplever anhöriga tiden vid hjärtstoppet?

Hur upplever anhöriga tiden efter hjärtstoppet?

METOD

För att få svar på syftet gjordes en litteraturstudie som är baserad på vetenskapliga kvalitativa studier. Litteraturstudier innebär att göra en sammanställning utifrån befintliga studiers resultat (Friberg 2017). En kvalitativ metod används för att beskriva, förklara och fördjupa förståelsen för upplevelser och uppfattningar (Willman m.fl. 2011). Vid en litteraturstudie innebär det att välja ett omvårdnadsproblem, söka vetenskapliga studier, granska deras kvalitet och analysera dem (Friberg 2017).

Precisering av problemet

För att strukturera och precisera syftet användes POR-modellen, som står för population, områden och resultat. Modellen underlättade databassökningarna genom att enklare hitta trovärdiga vetenskapliga studier samt för att avgränsa sökningarna (Willman m.fl. 2011). Detta ledde fram till de bärande begreppen "cardiac arrest", "experience" och "family" (se tabell 1).

Tabell 1. POR-modellen

Undersökningsgrupp (Population)	Områden	Resultat
Anhöriga till närstående som har drabbats av hjärtstopp	Upplevelser vid och efter hjärtstopp	Upplevelser

Inklusions- och exklusionskriterier

Genom använda inklusions- och exklusionskriterier blir databassökningarna mer effektiva och preciserade (Forsberg & Wengström 2013). Populationen som inkluderades i studien var vuxna anhöriga över 18 år. Det som studerades var anhörigas upplevelser både vid ett hjärtstopp och tiden efter där den drabbade har överlevt, ingen begränsning gjordes på hur lång tid efter intervjuerna utfördes efter hjärtstoppet inträffat. I de fall studierna handlade både om överlevare och de som avlidit var det ett krav att detta skulle vara tydligt beskrivet och lätt att urskilja, därefter lyftes enbart det innehåll som var riktat mot de överlevande. Hjärtstoppen kunde ske både i en prehospital miljö och på sjukhus. Studier som täckte både anhörigas upplevelser och den drabbades upplevelser inkluderades, men då lyftes innehåll ut som enbart var riktat mot anhöriga. Studierna skulle baseras på kvalitativ forskning. Studierna skulle vara utgivna mellan 2003–2018 för att få med så nutida studier som möjligt, då nya behandlingsmetoder skulle kunna påverka upplevelsena. Studierna skulle vara skrivna på engelska. Studierna skulle

finnas tillgängliga i fulltext via Malmö Universitet så att studier kunde läsas i sin helhet.

Databassökning

En första pilotsökning genomfördes för att se om det fanns tillräckligt mycket vetenskaplig litteratur till studien (Willman m.fl. 2011). De bärande begreppen som tidigare identifierats var "Cardiac arrest", "experience" och "family", även "qualitative" användes för att få träffar på kvalitativa studier. Till dessa begrepp användes svensk MeSH för att hitta passande synonymer (Karolinska Institutet 2018). Databassökningen gjordes i databaserna PubMed och Cinahl, som är inriktade på omvårdnad och medicin. I databassökningarna har de booleska termerna AND och OR använts, det är ord som kombinerar söktermer med varandra. Sökoperatören OR breddar databassökningen medan AND begränsar sökningen. För att få fram korrekta träffar i de olika databaserna har databasernas egna ämnesordlistor använts. I PubMed heter detta MeSH och motsvarande i Cinahl heter Cinahl headings (Willman m.fl. 2011). Även fritextsökningar har gjorts, och enligt Willman m.fl. (2011) gör fritextsökningar att databasen inkluderar alla de referenser som någonstans innehåller det sökta ordet. För att få en bra balans i sökningen har därför både ämnesord- och fritextsökningar gjorts. Sökblock har skapats för varje område med ämnes- och fritextord för att sedan kombinera sökblocken. Endast tre av sökblocken har använts, eftersom alla fyra sökblock gav för få träffar (se tabell 2 och bilaga 1 samt bilaga 2)

Tabell 2. Databassökningar med sökblock

Databas	Sökblock 1 Hjärtstopp	Sökblock 2 Upplevelse	Sökblock 3 Anhöriga	Sökblock 4 Kvalitativ ansats
Cinahl	(MH "Heart Arrest+")	(MH "Life Change Events+")	(MH "Family+") (MH "Extended Family+")	(MH "Qualitative Studies+")
PubMed	"Heart Arrest" [Mesh]	"Life change events" [MeSH]	"Family" [MeSH]	"Qualitative Research" [MeSH]
Fritext-sökningar	"Heart arrest" "Cardiac arrest" "Asystole" "Cardiopulmonary arrest"	"Experience" "Life change events"	"Family" "Family members" "relatives" "Extended family"	"Qualitative" "Qualitative research" "Qualitative studies"

Urvalsprocess

Enligt Willman m.fl. (2011) är det viktigt att gå systematiskt tillväga för att kritiskt värdera de insamlade studierna, detta underlättar tolkning och sammanställning av resultaten på ett metodiskt och opartiskt vis (a.a.). Vid databassökningarna lästes titlarna igenom och om dessa verkade relevanta lästes även deras abstrakt. Efter att abstraktet var läst och det verkade relevant lästes studierna i fulltext för att sedan eventuellt granskas och tas med i

litteraturstudien. De studier som exkluderades svarade inte på syftet, då dessa handlade om andra hjärtsjukdomar och inte om hjärtstopp (se tabell 3). De studier som slutligen valdes till litteraturstudien redovisas i bilaga 2, i en artikelmatris som är inspirerad av Willman m.fl. (2011).

Tabell 3. Urval

Databas/Datum	Sökblock	Antal träffar/ lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade artiklar	Inkluderade artiklar
Cinahl 2018-04-26	1+3+4	33	19	13	9	8
PubMed 2018-04-26	1+3+4	45	28	14	5	2 (4)*

*Siffran i parentes anger antalet dubletter

Kvalitetsgranskning

De studier som bedömdes relevanta vid läsning i fulltext kvalitetsgranskades enligt valt granskningsinstrument som är "mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik" från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2014). Med hjälp av SBU:s mall har det sedan kontrollerats om studiernas syfte är välformulerat, urvalet är relevant och tydligt beskrivet samt om det finns relevant etiskt resonemang. Dessutom har det kontrollerats om datainsamling och analys är relevant och tydligt beskrivet samt om resultatet är logiskt och begripligt (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2014). I enlighet med Willman m.fl. (2011) gjordes detta enskilt av författarna för att sedan sammanföra sina tolkningar eftersom granskningen skulle få större tyngd (a.a.). De studier som inte uppfyllde inklusionskriterierna valdes bort. Resterande studier bedömdes ha hög eller medelhög kvalitet och beräknades som trovärdiga och användes i litteraturstudien. SBU (2017) skriver att exempel på hög kvalitet är att sammanhanget är klart beskrivet och att frågeställningen är väldefinierad. Även att urvalsprocessen, datainsamlings- och analysmetoden är välbeskrivna är tecken på att studien har hög kvalitet (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2014). Kriterier som har använts vid kvalitetsgranskning presenteras i bilaga 5.

Dataanalys

Analysen av de valda studierna utfördes i enlighet med Friberg (2017), där det beskrivs att analysen ska gå från en helhet till delar och därifrån till en ny helhet. Författarna läste studiernas resultat var för sig flera gånger för att få en känsla av de handlade om. Sedan identifierades nyckelfynd i varje studies resultat med fokus på litteraturstudiens syfte. När detta hade utförts gjordes en sammanställning av resultatet från de tio studierna, vilket gav koder till bärande meningar i relation till studiens syfte. Koder som hade gemensamma faktorer bildade sedan underkategorier. Fler underkategorier kunde sedan gå gemensamt under en huvudkategori. Likheter och skillnader kunde då hittas. Vidare beskriver Friberg (2017) att när analysen är klar ska den presenteras på ett så läsbart och tydligt sätt som möjligt.

RESULTAT

Resultatet har grundats på tio kvalitativa studier som besvarade litteraturstudiens syfte, att belysa anhörigas upplevelser när en närstående drabbats av hjärtstopp och överlevt. Nio av studierna var baserade på intervjuer med anhöriga och en var baserad på intervjuer med både anhöriga och hjärtstoppsoverlevare. Studierna omfattade 7–20 deltagare. Vid kvalitetsgranskningen bedömdes en av studierna vara av medelhög kvalitet och resterande nio studier hög kvalitet. Sex av studierna hade sitt ursprung i Sverige, en i Norge, en i Storbritannien, en i Frankrike och en i USA. Efter analys framkom fyra kategorier och 15 subkategorier som presenteras i tabell 4.

Tabell 4. Kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
De första känslorna	<i>Otillräcklig</i> <i>Skuld känslor</i> <i>Bekräftelse</i> <i>Åsidosättande av sig själv</i>
Information och kommunikation	<i>Information från vårdpersonal</i> <i>Brister i kommunikationen</i>
Känsla av kontroll	<i>Trygghet</i> <i>Stöd</i> <i>Tacksamhet</i>
Förändring	<i>Oro</i> <i>Behovet av att skydda</i> <i>Känslan att ta över</i> <i>Relationer</i> <i>Påverkan på egen hälsa och vardagen</i> <i>Framtiden</i>

De första känslorna

Kategorin *De första känslorna* innefattar de känslor som de anhöriga upplevde vid det primära stadiet av deras närståendes hjärtstopp. Denna kategori baseras på åtta studier och här beskrivs vad de anhöriga kände när de insåg att den närstående drabbades av hjärtstoppet, de initiala känslorna om HLR samt vad de kände när hjälp anlant. I denna kategori speglas fyra subkategorier; *otillräcklig*, *skuld känslor*, *bekräftelse* och *åsidosättande av sig själv*.

Otillräcklig

De anhöriga som var närvarande när deras närstående fick hjärtstoppet beskrev att de hade överklighetskänslor och att det var en oväntad och dramatisk händelse (Larsson m.fl. 2012). Även i studien av Thorén m.fl. (2010) beskrev de det som en oväntad händelse och allt hade verkat helt normalt innan deras närstående drabbats av hjärtstoppet (a.a.). Det var som att tiden hade stått stilla vilket medförde en rubbning av deras tidsuppfattning (Larsson m.fl. 2012). Även de som hade fått ett telefonsamtal angående deras närståendes hjärtstopp beskrev en skakande och överväldigande upplevelse (Larsson m.fl. 2012; Löf m.fl. 2010).

Hjärtstoppet gav upphov till rädsla hos de anhöriga, de upplevde ett tillstånd av panik, desperation, ångest och mörka tankar (Larsson m.fl. 2012). Dessa tankar var relaterade till en osäkerhet om den närstående skulle överleva, bli förändrad och hur framtiden skulle se ut (a.a.).

Ansvar för de anhöriga ställdes inför upplevdes som fyllt med rädsla att förlora kontroll, att sakna kompetens och frustration (Bremer m.fl. 2009; Holm m.fl. 2012). Studierna av Bremer m.fl. (2009) och Holm m.fl. (2012) skriver att vetskapen om att en ambulans är på väg är tröstande men lättar inte den anhöriga från ansvar, tvärtom så fortsätter de ha känslor av otillräcklighet och hjälplöshet, att veta att en ambulans är på väg ökar känslan av att vara i en seriös och allvarlig situation (a.a.). Studien av Weslien m.fl. (2005) visade å andra sidan att de anhöriga kände ett lugn när de såg att ambulansen anlände, detta gjorde att stressen och ångesten som de upplevt släppte en hel del då de kände att hjälp nu var här; en känsla av hopp uppstod (a.a.). Även i studien av Thorén m.fl. (2010) beskriver de anhöriga att de satte sin tro till att ambulanspersonalen skulle komma och hjälpa att rädda den som drabbats av hjärtstopp (a.a.).

Skuld känslor

Känslor av skuld uppkom hos de anhöriga när hjärtstoppet inträffade (Holm m.fl. 2012). Detta på grund av att de trodde att de inte hade gjort tillräckligt mycket för att förhindra hjärtstoppet, inte hade lärt sig HLR innan händelsen eller att de inte frågade om andra om hjälp vid hjärtstoppet (Bremer m.fl. 2009; Holm m.fl. 2012). Många skuldbelägger sig själva enbart genom att vara närvarande när hjärtstoppet inträffade (Bremer m.fl. 2009). Det upplevdes av de flesta anhöriga som skrämmande, svårt och överväldigande att starta HLR (De Stefano m.fl. 2016; Holm m.fl. 2012; Weslien m.fl. 2005). De beskrev att de kände sig ensamma och ansvariga för deras närståendes liv innan ambulansen anlände. De anhöriga kände att de behövde göra ett val att starta HLR (Holm m.fl. 2012; Thorén m.fl. 2010), men då samtidigt riskera att skada sin närstående (Holm m.fl. 2012). En del anhöriga oroade sig även i efterhand över att de inte hade utfört korrekt HLR och att de eventuellt hade orsakat hjärnskador hos den som hade drabbats av hjärtstopp (Holm m.fl. 2012; Weslien m.fl. 2005).

Bekräftelse

De anhöriga sökte bekräftelse hos ambulanspersonalen att de hade gjort allt som var möjligt (Bremer m.fl. 2009). De tolkar ambulanspersonalens kommentarer och handlingar som hopp att deras närstående kommer att överleva (a.a.). Även Holm m.fl. (2012) skriver att anhöriga visade uppskattning för stödet de fick från ambulanspersonalen.

Åsidosättande av sig själv

I studierna av Weslien m.fl. (2005), Dougherty m.fl. (2004) och Löf m.fl. (2010) berättade de anhöriga att de automatiskt satte sina egna behov åt sidan från det att hjärtstoppet ägde rum; det enda som var viktigt för de var deras anhörig som drabbats av hjärtstopp. Familjerna hade inga förväntningar eller krav på omhändertagande för de själva, den enda som var viktig var den drabbade familjemedlemmen (Weslien m.fl. 2005). De kände sällan hunger eller behov av att sova och de flesta tog ledigt för att vara med sin närstående (Löf m.fl. 2010).

Information och kommunikation

Under *information och kommunikation* går det att läsa om hur de anhöriga upplevde vårdpersonalens bemötande samt deras informationsgivning och kommunikation med de anhöriga. Det framkom under denna huvudkategori två subkategorier där de anhörigas upplevelser återges: *information från vårdpersonal* och *brister i kommunikationen*. För denna kategori ligger fyra studier som grund.

Information från vårdpersonal

Efter ankomst till sjukhuset beskrev de anhöriga att väntan på att få träffa sin närstående som har drabbats av hjärtstopp associerades med stor osäkerhet och besvikelse över att de inte fick någon information under tiden de var på sjukhuset (Larsson m.fl. 2012). I studien av De Stefano m.fl. (2016) tyckte däremot de anhöriga att informationen de fick var bra och enkel för dem att förstå, vilket de ansåg underlättade deras situation.

Under vistelsen på intensivvårdsavdelningen (IVA) upplevde de anhöriga att de fick information om sin närståendes tillstånd, de kände att informationen de fick var korrekt och faktabaserad och att det gavs kontinuerligt. (Holm m.fl. 2012; Larsson m.fl. 2012). Fast de beskriver att de hade svårigheter att ta in informationen på grund av en sämre koncentrationsförmåga. Dock upplevde några en brist på information från läkaren och de saknade skriftlig information om vad som kan ha orsakat hjärtstoppet, hur prognosen ser ut och förebyggande åtgärder (Larsson m.fl. 2012). Många upplevde att de fick mindre information på vårdavdelning än på IVA. De anhöriga var även missnöjda och frustrerade över avsaknaden av information och uppföljning i sjukvården, dels efter vistelsen på IVA men också efter utskrivning från sjukhuset (Wallin m.fl. 2012). Det de mest saknade information om var testresultat, vilka problem de kunde uppleva efter utskrivning och vem de kunde kontakta om problem och frågor kring deras närståendes hälsa (a.a.).

Brister i kommunikationen

Språkbarriärer var tydliga under sjukhusvistelsen och det påverkade de anhörigas tolkning av den informationen de fick. Dessa barriärer kunde bero på olika modersmål eller att personalen använde medicinska uttryck som de anhöriga inte förstod. De anhöriga upplevde dock att majoriteten av stödet och engagemanget från personalen sjönk när deras närstående flyttades till en vårdavdelning (Larsson m.fl. 2012).

Känsla av kontroll

Känsla av kontroll avspeglar de anhörigas upplevelser när deras närstående ankommer till sjukhuset och får professionell vård samt att övervakning fortsätter. Kategorin baseras på fyra studier och under denna kategori framkom tre subkategorier: *trygghet, bemötande och tacksamhet*.

Trygghet

När den som drabbats av hjärtstopp anlände till sjukhus upplevde de anhöriga både rädsla och lättnad (Holm m.fl. 2012). Lättnaden kom när de såg att deras närstående fortfarande levde och vetskapen om att professionella hade tagit över ansvaret för behandlingen och vården IVA upplevdes som en tyst plats och miljön skapade en känsla av professionell kompetens och säkerhet, sjuksköterskorna svarade snabbt på larm och de förklarade vad de gjorde (a.a.). De närstående uppskattade att kunna vara nära personen som hade fått hjärtstopp men de kunde

också känna sig i vägen när personalen gav vård (Larsson m.fl. 2012). Om personen som drabbats av hjärtstopp fick hypotermibehandling upplevde anhöriga att den kalla kroppen och medvetlösheten liknade döden (Holm m.fl. 2012; Löf m.fl. 2010). De anhöriga hade på grund av detta väldigt svårt för att röra den anhöriga i detta tillstånd (Löf m.fl. 2010).

Några anhöriga upplevde den medicinska utrustningen som en professionell övervakning som gjorde att de kunde lämna den drabbade 'själv' på sjukhuset för en tid (Holm m.fl. 2012). För dessa anhöriga, som gav tilltro till den medicinska utrustningen, var avlägsnandet av till exempel respirator och annan teknisk utrustning förenat med mycket rädsla. Medan andra berättade att de upplevde den medicinska utrustningen som skrämmande, varje ljud störde dem och de trodde att det betydde att något var fel. De upplevde istället en lättnad när den medicinska utrustningen togs bort eftersom det pekade på att deras närstående var på väg att återfå kontrollen över sin kropp (a.a.).

Stöd

I studien av Holm m.fl. (2012) framkommer det att anhöriga uppskattade stöd från besökare och att få telefonsamtal i direkt samband med händelsen. Men de fick mer tudelade känslor till besökare samt telefonsamtal ju längre tiden gick på sjukhuset. De förstod att besökarna hade goda intentioner men de anhöriga upplevde också att besökare stal tid från det viktigaste just då, personen som drabbats av hjärtstopp och den närmsta familjen (a.a.). Vissa anhöriga kunde även finna stöd i en religiös tro. Det fanns de anhöriga som skrev dagbok under tiden på sjukhuset och tyckte att detta hjälpte de att reda ut vad som hade hänt (Larsson m.fl. 2012).

Tacksamhet

Anhöriga uttryckte tacksamhet gentemot räddnings- och vårdpersonal, vänner, familj och kollegor samt beundran mot personen som hade utfört HLR. De var även tacksamma, men också förvånade, över att deras närstående hade överlevt hjärtstoppet. De var tacksamma över livet och sa att hälsa är nyckeln till att leva ett gott liv (Wallin m.fl. 2012).

Förändring

Förändring är en kategori där de anhörigas upplevelser av att återvända hem med sin närstående beskrivs i sex subkategorier: *oro, behovet av att skydda, känslan att ta över, relationer, krav på kontakt, påverkan på egen hälsa och vardagen samt framtiden*. För denna kategori ligger sex studier som grund.

Oro

När personen som hade drabbats av hjärtstopp vaknade kunde de i många fall inte känna igen sina anhöriga, denna period varierade i tid. Under den perioden var många av de anhöriga oroliga över att det tillståndet skulle bli permanent (Holm m.fl. 2012). Vissa anhöriga började tvivla på deras egna återupplivande insatser och kände en stark skuld att deras närstående inte vaknade upp omedelbart. Under den här perioden hade de anhöriga ett stort behov att vara nära sin närstående, ännu större behov än när den närstående var i koma (a.a.). Efter att personen som överlevt ett hjärtstopp och dennes anhöriga fick återkomma hem, hade rollerna i hemmet ändrats (Wallin m.fl. 2012). De anhöriga blev då den familjemedlem alla skulle lita på och som skulle göra alla praktiska sysslor, som till exempel att sköta hushåll och ha kontakt med sjukvården, vilket var ansträngande (Dougherty m.fl.

2004; Wallin m.fl. 2012). En överväldigande stress uttrycktes samt en känsla av att vara otillräcklig och att det finns för få timmar på dygnet, detta kulminerade i ett dåligt samvete hos de anhöriga (Wallin m.fl. 2012). En oro fanns också hos de anhöriga att den som drabbats av hjärtstopp skulle anstränga sig för mycket efter hjärtstoppet (Uren & Galdas 2014).

Behovet av att skydda

När intervjuerna i Wallin m.fl. (2012) gjordes hade många av paren inte diskuterat händelsen än, de anhöriga önskade att skydda sin närstående genom att undanhålla information. De kände ansvar över den närstående och ville stötta denne till det yttersta. Bremer m.fl. (2009) skriver att de anhöriga vill skydda sin närstående, detta genom att dölja sin egen ångest för överlevaren. Den anhöriga kan tro att det är nödvändigt att skydda överlevaren från ytterligare skada, den känslan kan komma från oron att ett till hjärtstopp kan uppkomma och risken att deras anhörig kan dö. När de anhöriga väl fick träffa den drabbade var det svårt att se deras närstående så allvarligt sjuk (a.a.). Anhöriga med barn berättade att det var väldigt smärtsamt för barnen att se sin förälder sjuk samt att de kände ett stort ansvar för barnen och tyckte att deras sorg och ångest var väldigt utmanade (Larsson m.fl. 2012; Wallin m.fl. 2012). Behovet av att skydda uttrycks även i studien av Uren och Galdas (2014). Där uppgav de anhöriga att de följde med på varje läkartid, höll koll på läkemedel som skulle tas samt att de tog ansvar för att uttrycka deras närståendes behov till vårdpersonalen (a.a.).

Känslan att ta över

I studien av Holm m.fl. (2012) beskriver deltagarna i studien en känsla av osäkerhet vid utskrivningen. De uppgav att de höll sig vakna på natten, när de nu befann sig i hemmet, för att övervaka sin närståendes andning och på grund av detta utvecklade de sömnsvårigheter (a.a.). De närstående uttryckte oro över att inte veta hur mycket den överlevande nu kunde klara av gällande ADL samt hur mycket hen egentligen fick lov att anstränga sig (Dougherty m.fl. 2004). Att stödja den överlevande emotionellt var något som de anhöriga upplevde som krävande och som påverkade den anhöriga till det att den började känna frustration och ilska mot den överlevande. Även mer praktiska saker som bilkörning kunde tynga de anhöriga (a.a.). Anhöriga beskriver att de upplevde spänningar i relationen med sin partner, om personen som drabbats av hjärtstopp var den som hade kört mest bil innan men inte klarade av detta längre (Uren & Galdas 2014). Dougherty m.fl. (2004) skriver även att samtliga partners kände sig deprimerade och rädda, de undrade om deras partner (den som överlevt ett hjärtstopp) någonsin skulle återfå sin normala kognitiva funktion samt klara av dagliga aktiviteter igen. Först när överlevaren blev mer självständig lättade ångesten och depressionen hos partnern (a.a.). Då den anhöriga ofta var den som hade varit med under hjärtstoppet var hen den enda som kunde återberätta händelsen, vilket de uttryckte frustration över, de upplevde det som jobbigt att hela tiden bli påmind om händelsen på nytt (Dougherty m.fl. 2004; Wallin m.fl. 2012).

Relationer

I det primära skedet uppskattade de anhöriga stödet från familj och vänner, men allteftersom tiden gick kände de att andra inte kunde förstå deras situation fullt ut (Wallin m.fl. 2012). De uttryckte ett behov av att prata med personer som hade varit i samma sits som dem och även att prata med någon som kunde ge svar på de fysiska och psykiska effekterna efter ett hjärtstopp. Efter den traumatiska

händelsen hade ändå familjebanden växt sig starkare än innan, de stod varandra närmare och tog bättre hand om varandra (Wallin m.fl. 2012). Deras sociala kontakter ändrades eftersom de la ner så mycket tid på personen som hade fått hjärtstopp. Eftersom de anhöriga var trötta och inte hade samma styrka som innan betydde det att de umgicks mer sällan med vänner och bekanta, detta gjorde att de hade en önskan och ett behov av att göra saker utanför familjemiljön (Wallin m.fl. 2012). Några släktingar hade tagit initiativ att åka tillbaka till IVA där deras närstående hade behandlats för att diskutera tiden där. Något som också gav dåligt samvete var att de kände det som ett krav att ha en kontinuerlig kontakt med släktingar och vänner genom telefonsamtal, men de kände att de spenderade för mycket värdefull tid vid telefonen. Ytterligare något som upplevdes som ett krav var andra personers ångest gällande den drabbades prognos och hälsa (a.a.).

Påverkan på egna hälsan och vardagen

De anhöriga upplevde mental påverkan såsom problem med sömnen och svårigheter att slappna av (Wallin m.fl. 2012). De hade även ständig emotionell ångest och rädsla att händelsen skulle upprepa sig. Även i studien av Uren och Galdas (2014) beskrev de anhöriga att de kände känslor av ångest, depression, osäkerhet och desorientering. Ännu mer oroande var det om orsaken till hjärtstoppet inte var klarlagt eller om de väntande på den medicinska bedömningen (Wallin m.fl. 2012). Under den här tiden åsidosatta de anhöriga sina egna behov och glömde sig själva, all energi gick till att ta hand om den närstående och stötta andra. Anhöriga angav att de hade blivit extra känsliga och labila, de upplevde även ett växlande humör och grät ofta. De tyckte det var jobbigt att ingen frågade om deras behov och känslor, men dessa tankar gjorde att de kände sig själviska. Händelsen hade gett upphov till en del existentiella frågor och en insikt i att livet plötsligt kan upphöra (a.a.).

För de anhöriga hade tiden stått stilla efter deras närståendes hjärtstopp men det hade den inte för de andra runt omkring dem, detta gjorde att de anhöriga inte kände sig som en del av deras omgivning (Wallin m.fl. 2012). Flera uppgav att de hade gått från att jobba heltid till att gå ner till deltid efter händelsen. Andra hade planerat att byta jobb innan deras närstående fick hjärtstoppet men detta sköts upp och vissa var tvungna att gå i pension tidigare än beräknat. För de anhöriga som studerade blev studierna påverkade och gjorde att de missade kurser eller tog studieuppehåll. Detta påverkade ekonomin (a.a.).

Framtiden

Att komma hem från sjukhuset medförde mycket ångest hos de anhöriga (Dougherty m.fl. 2004; Wallin m.fl. 2012). De uppgav att de kände stor osäkerhet och ångest inför framtiden, men trots detta var de ändå hoppfulla. Det de kände oro över var eventuella mentala och fysiska förändringar deras närstående hade fått som exempelvis personlighetsstörningar eller försämrat minne samt att den närstående skulle drabbas av ett nytt hjärtstopp (a.a.). De hade ett behov av att återgå till sitt normala liv igen som det var innan hjärtstoppet och de ville se hoppfullt på framtiden. De anhöriga blev förändrade av att deras närstående drabbades av hjärtstopp, tankar om döden och meningen med livet var vanliga (Wallin m.fl. 2012).

Efter ett hjärtstopp finns det en insikt i vad det verkligen handlar om, det är inte längre någonting andra berättar om (Bremer m.fl. 2009). När personen överlevde var det lätt för den anhöriga att få ångest när det blev uppenbart hur nära döden

personen har varit. Livets bräcklighet blev väldigt tydlig och ens sårbarhet ifrågasattes. Med denna insikt om hur skört livet är tyckte anhöriga det var lättare att försöka gripa glädjen i vardagen som annars hade blivit förbisedd (a.a.).

DISKUSSION

I denna del av litteraturstudien redovisas metod- och resultatdiskussion. Under metoddiskussionen belyses styrkor och svagheter utifrån de olika momenten i vald metod. I resultatdiskussionen diskuteras de fyra kategorierna samt 15 subkategorier som redovisats ovan i relation till studiens bakgrund.

Metoddiskussion

En litteraturstudie med kvalitativ ansats utfördes i syfte av att belysa anhörigas upplevelser när en närstående drabbas av hjärtstopp och överlever. Detta stärker litteraturstudiens syfte eftersom en kvalitativ ansats används för att beskriva, förklara och fördjupa förståelsen för upplevelser och uppfattningar (Willman m.fl 2011).

Urval

För att strukturera frågeställningen och identifiera bärande begrepp användes POR-modellen (Willman m.fl. 2011) då den ansågs passa denna litteraturstudies syfte bäst, detta anses som en styrka eftersom databassökningen blev tydligare och mer strukturerad. Sex av studierna hade sitt ursprung i Sverige, en i Norge, en i Storbritannien, en i Frankrike och en i USA. Alla studier som är inkluderade i litteraturstudien kommer från västerländska länder och därför anses resultatet var överförbart till en västerländsk kontext. Dock hade överförbarheten ökat om studier från österländska länder hade ingått i studien. De anhöriga som deltog i dem olika studierna har haft olika relationer till den som drabbats av hjärtstopp. De har varit man, eller hustru, partner, son eller dotter, förälder eller bror. Att de anhöriga har haft olika relationer till den närstående kan göra att resultatet är överförbart till olika typer av relationer. Resultatet i föreliggande litteraturstudie visar även en tendens till att upplevelserna och känslorna de anhöriga känner liknar varandra oavsett vilken relation de hade. Till en början var ambitionen att enbart hitta studier som berörde anhöriga till närstående som drabbats av hjärtstopp samt enbart de som hade överlevt ett hjärtstopp. Vid databassökningarna och när studier lästes i fulltext blev det tydligt att många av studierna berörde både anhöriga och närstående samt både de som överlevt och avlidit till följd av hjärtstopp. Det fick till följd att författarna fick bredda inklusionskriterierna för att hitta tillräckligt många studier, dock var det enbart intervjuerna med de anhöriga som användes till denna studie. I de studier där det förekommer både de som överlevt och avlidit till följd av ett hjärtstopp har det varit tydligt att urskilja de olika utgångarna. Det är enbart material med anhöriga med närstående som har överlevt som har studerats. Detta ökar styrkan genom att fler studier kunde hittas och inte förbisågs.

En begränsning på studiernas årtal gjordes i databassökningen, där studier som publicerats de senaste 15 åren inkluderades. Två av de inkluderade studierna var från år 2004 respektive 2005, vilket kan innebära att behandlingsmetoder och dylikt har hunnits förändras fram till nu. Vid granskning av dessa studier framkom det att de hade mycket likheter med övriga inkluderade studier, det är även upplevelser som denna studie vill belysa och det kan anses vara något som inte

förändras över tid. Ytterligare en begränsning var att studierna skulle vara skrivna på engelska, då det är ett språk som båda författarna bemästrar, men eftersom engelska inte är författarnas modersmål kan ändå feltolkningar göras. En svaghet i och med en språkbegränsning kan vara att relevanta studier skrivna på andra språk missas.

Databassökning

Datainsamlingen gjordes i databaserna Cinahl och PubMed. Det är en styrka med litteraturstudien eftersom relevanta studier kunde hittas där, Willman m.fl. (2011) skriver att Cinahl och PubMed är databaser som innefattar studier som handlar om omvårdnad (a.a.). Att enbart två databaser har använts är en svaghet, om tid hade funnits kunde sökningarna ha utökats via fler databaser för att få ett bredare spektra. Exempelvis kunde PsychINFO använts eftersom den innehåller referenser inom psykologi eller psykologiska aspekter inom besläktade discipliner såsom omvårdnad (Willman m.fl. 2011). Fyra sökblock användes och olika synonymer till ämnesorden och fritextsökningar gjordes. Sökblocket "qualitative" användes för att begränsa databaserna till att söka på enbart kvalitativa studier, det kan ha gjort att relevanta studier missades i sökningarna och är en svaghet i litteraturstudien. När alla fyra sökblock kombinerades blev det få träffar. Därför valdes det att den slutgiltiga sökningen gjordes med tre av sökblocken, sökblocket "experience" uteslöts. I efterhand har fler sökord identifierats, till exempel "next of kin", "spouse" och "phenomenology". På grund av tidsbrist hanns det aldrig med att göra nya sökningar med dessa ord, vilket kan ha gjort att relevanta studier missades.

Granskning

Granskningen av studierna följde SBU:s mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2014). Denna mall valdes för att utföra granskningen på ett strukturerat och tydligt sätt, vilket ökar tillförligheten då risken för slumpmässiga fel minskar i bedömningen. Granskningen av studierna gjordes av båda författarna oberoende av varandra för att sedan sammanföra de olika tolkningarna, vilket Willman m.fl. (2011) menar ger granskningen mer tyngd (a.a.). Eftersom granskningen gjorts enskilt av författarna och sedan diskuterats fram till en slutlig bedömning, har materialet granskats noggrant. Det är en styrka med litteraturstudien. Vid granskning har bland annat studiernas syfte tagits i beaktande. I studien av Bremer m.fl. (2009) var syftet inte formulerat eller beskrivet och därför bedömdes studiens kvalitet som medelhög.

Dataanalys

Analysen av studierna följde Fribergs (2017) analysmodell. Denna analys valdes för att den var tydlig och lätt att förstå. Dock hade en mer ingående analys kunnat medföra att författarna kunnat arbeta mer djupgående med studierna. Analysen av de 10 studierna genomfördes var för sig oberoende av varandra för att sedan sammanföra tolkningarna, vilket ledde till en diskussion för att sedan få fram ett gemensamt resultat. Detta ökade bredden på analysen och författarna kunde minska risken att något väsentligt förbises samt diskutera sina olika synvinklar.

Resultatdiskussion

Huvudresultatet i denna litteraturstudie var att det fanns en hel del likheter mellan anhörigas upplevelser av att deras närstående drabbas av ett hjärtstopp; ett tydligt mönster kunde ses i de anhörigas upplevelser i de studierna som låg till grund för

föreliggande litteraturstudie. I resultatet presenterades fyra kategorier och följande resultatdiskussion kommer att presenteras i enlighet med dem.

De första känslorna

De anhöriga beskrev känslor av chock, stress och ångest när de bevittnade den närståendes hjärtstopp eller när de blev underrättade per telefon. Osäkerhet kring den närståendes framtid enade de närstående, vilket även bekräftas av Burns m.fl. (2018), Engström och Söderberg (2004) samt Pochard m.fl. (2004). Burns m.fl. (2018) framhåller att de anhöriga beskriver en känsla av en obegriplig verklighet och bidrog till att deras tidsuppfattning rubbades (a.a.). De anhöriga hade svårigheter att förstå den verklighet som de upplevde då deras närstående drabbades av ett hjärtstopp eftersom den skiljde sig från den verklighet som de var vana vid. Detta bidrog eventuellt till svårigheter att greppa kring en situation som är obekant, det är då svårt att veta hur man ska reagera eller agera. Att se sin närstående livlös var svårt att förstå då det aldrig var något de hade föreställt sig (Burns m.fl. 2018; Engström & Söderberg 2004; Pochard m.fl. 2004). Den ovana situationen bidrog till ytterligare stressfaktorer som påverkade deras förmåga att förstå den nuvarande situationen (a.a.). I litteraturstudiens resultat framkom det att anhöriga upplevde olika känslor när de visste att ambulans var på väg. De var rädda att förlora kontrollen vilket styrks av Burns m.fl. (2018) studie där anhöriga upplevde förlust av kontroll och förmågan att hjälpa till (a.a.). Litteraturstudien kunde även visa på att de anhöriga kände sig hjälplösa och otillräckliga. Burns m.fl. (2018) skriver även att anhöriga uttryckte att deras närståendes hjärtstopp, återupplivning och hypotermi var en tid då de kände sig hjälplösa (a.a.). En känsla av chock eller hjälplöshet är förståeligt, de anhörigas närstående drabbades av en livshotande situation inom loppet på några minuter, vilket var något som de inte kunde förutspå. Det kan tänkas att de anhöriga främst kände sig omtumlade över att situationen ägt rum, men dessutom chockade då de är osäkra på vad det var som faktiskt hände och hur de skulle hantera situationen.

Resultatet visade även att de anhöriga skuldbelade sig själva för deras närståendes hjärtstopp, vilket McAdam och Puntillo (2009) samt McKiernan och McCarthy (2010) stödjer. McKiernan och McCarthy (2010) menar att denna känsla av skuld var relaterad till ovetande; de var ovetande om varför den närstående drabbats, om den närstående led och om den närståendes tillstånd skulle försämrats. Vidare i litteraturstudiens resultat framkom det att de anhöriga kände skuld enbart över att ha närvarat vid hjärtstoppet, denna känsla av skuld drabbade de främst när ambulanspersonalen anlände. De anhöriga var då ovetandes om den närstående skulle vakna och om de hade gjort tillräckligt för att hjälpa den. Det kan då konstateras att de anhörigas skuldkänslor kunde relateras till ovetande om det tillstånd som deras närstående befann sig i.

Att bekräftelse var viktigt för de anhöriga att erhålla, dels från ambulanspersonal, men även från sjukvårdspersonal på sjukhuset, var vad fortsatt resultat i litteraturstudien visade. De anhörigas övetskap om deras insatser i livräddandet hade varit tillräckliga, gjorde att de var i behov av bekräftelse. Detta konstaterar även Burns m.fl. (2018) som säger att de anhöriga upplevde tröst och uppmuntran av att erhålla bekräftelse och information om sin närstående. Fortsatt kände de anhöriga även någon form av bekräftelse när de fick vara med vid den närståendes behandlingar samt av en väldefinierad dialog med vårdpersonal (a.a.). Ett behov av bekräftelse kunde även ses hos hjärtstoppsoverlevarna då Brännström m.fl. (2018) skriver att bekräftelse i form av exempelvis nya prover som inte visade

negativa svar, var av tröst för hjärtstoppsoverlevarna (a.a.). Med det som grund kan man säga att bekräftelse är något som samtliga behöver i svåra stunder. Bekräftelse om att situationen kommer förbättras eller helt enkelt inte försämrats kan vara av tröst för personer efter traumatiska upplevelser som exempelvis hjärtstopp. Då de anhöriga även upplevde det som påfrestande att inte veta om de hade gjort tillräckligt kan det tydligt konstateras att bekräftelse om just detta underlättade för de anhöriga, vilket Larsson och Engström (2013) skriver i sin studie. De menar att sjuksköterskan ser stor vikt i att berömma de anhöriga samt anser att man kan förhindra de anhöriga från att skuldbelägga sig själva genom att bekräfta deras insatser vid livräddandet av den närstående.

Resultatet i litteraturstudien kunde även visa på att de anhöriga satte sina egna behov åt sidan när deras närstående drabbades av hjärtstopp. Det enda som var viktigt vid den tidpunkten var den drabbade och de anhöriga hade inga krav på att de själva skulle bli omhändertagna. Behov som hunger och sömn kände de inte av. Även Engström och Söderberg (2004) skriver att anhöriga sällan, eller till och med aldrig, kände hunger. Vidare beskrivs det att anhöriga uppgav att de inte sov alls de första nätterna när deras närstående var på IVA, de kände inget behov av att sova (a.a.). Denna del av resultatet kan författarna koppla till de känslor av skuld som de anhöriga upplevde. Fram till det att de anhöriga fått det bekräftat att de inte gjort något fel och att de kunde konstatera att den anhöriga faktiskt var vaken, var det svårt för de anhöriga att se till sina egna behov. Även här bör vikten av bekräftelse till de anhöriga belysas, då bristen på bekräftelse alltså kan vara en bidragande faktor till att de anhöriga känner skuld. Ett kännetecken för personcentrerad vård är att se till den drabbades samt de anhörigas individuella behov (Svensk sjuksköterskeförening 2017), vilket innebär att det är sjuksköterskans ansvar att försöka ge den anhöriga vad den behöver för att må bra. Att inte äta eller sova kan bidra till att den anhörigas hälsa påverkas, därför bör sjuksköterskan lägga vikt på att försöka vara de anhöriga behjälpliga i detta läge, då McKiernan och McCarthy (2010) skriver att omhändertagandet av den anhöriga har stor betydelse för omhändertagandet av den drabbade (a.a.). Att ge information och bekräftelse kan dämpa deras skuldkänslor vilket i sin tur kan leda till att de anhöriga tillåter sig själva att inte åsidosätta sina egna behov och glömma bort sig själva.

Information och kommunikation

I den andra kategorin i resultatet framkom det att de anhöriga upplevde information och kommunikation mellan dem själva och vårdpersonal som väldigt viktigt.

I resultatet framkom det att de anhöriga hade ett stort behov av information om sin närstående samt en god kommunikation med vårdpersonal. De anhöriga kände frustration och besvikelse när information inte gavs till de samt när de inte kunde förstå informationen som erhöles. McKiernan och McCarthy (2010) bekräftar detta och skriver att de anhöriga kände ett behov av begriplig information och skriver att de anhöriga ansåg att det var viktigt för de att erhålla ärliga uppdateringar om den närståendes tillstånd. McAdam och Puntillo (2009) styrker också litteraturstudiens resultat och förklarar att inkonsekvent information ökar negativa känslor och depression hos de anhöriga. Larsson och Engström (2013) skriver att sjuksköterskan inte får glömma bort att ge de anhöriga information, vilket författarna till föreliggande litteraturstudie vill belysa ytterligare. De frågor som de anhöriga har och som sjuksköterskan kan besvara, bör absolut inte låtas

vara obesvarade av sjuksköterskan. Det är hennes ansvar att se till de anhörigas välmående och om besvarande av frågor bidrar till att de känner sig trygga och mår bättre bör sjuksköterskan absolut inte gå miste om detta tillfälle att underlätta de anhörigas tillvaro.

De anhöriga ansåg att informationen som gavs av läkare oftast var den som var svårast att begripa då språkbarriärer kunde uppstå om läkarna använde ett allt för komplicerat medicinskt språk (McKiernan & McCarthy 2010), vilket var ett tydligt resultat även i föreliggande litteraturstudie. Anhöriga upplevde sjuksköterskans information som mycket enklare att förstå än läkarens samtidigt som de uppskattade det faktum att sjuksköterskan gav information kontinuerligt utan att de behövde be om det. Författarna till litteraturstudien kan med detta som grund konstatera att information hade stor betydelse för de anhöriga genom denna kris: det som sjuksköterskan kanske kände var obetydlig information kunde vara avgörande för den anhörigas känsla av trygghet. Att ge enkel information om den närståendes tillstånd, kan hjälpa anhöriga att känna sig lugna och reducera känslor av stress.

Känsla av kontroll

De anhöriga upplevde en känsla av kontroll vid ankomst till sjukhuset då deras anhörig nu befann sig under professionell omvårdnad, vilket visade sig tydligt i föreliggande litteraturstudies resultat.

Resultatet visade att de anhöriga upplevde det olika att anlända till sjukhuset. En del kände rädsla över att den anhöriga behövde befinna sig på IVA. De kände att den närståendes medvetlösa kropp påminde de om döden och kände sig stressade av maskinerna. Burns m.fl. (2018) stödjer detta och förklarar att anhöriga upplevde en hel del förvirring och stress, särskilt när patienten behövde flyttas mellan avdelningar. Engström och Söderberg (2004) menar att rädsla är en reaktion på den okända, oväntade och okontrollerbara situationen.

Trots att IVA kunde upplevas som skrämmande för en del fortsatte resultatet i den befintliga litteraturstudien att visa att andra kände sig lättade över att deras anhörig äntligen fick komma till IVA, detta styrks av McKiernan och McCarthy (2010) som även skriver att de anhöriga upplevde sjukvården som omtänksam och personcentrerad. Litteraturstudiens resultat visade vidare att de anhöriga upplevde en lättnad av maskinerna som den närstående var uppkopplad till då det sågs som professionell övervakning, vilket gjorde att de våga lämna sin anhörig på sjukhuset "själv". Trots att miljön på IVA i många fall kan uppfattas som dehumaniserande på grund av den höga fokuset på teknologiska apparater, skriver McKiernan och McCarthy (2010) att de anhöriga upplevde personalen som väldigt omhändertagande och omsorgsfulla vilket gjorde att de anhöriga litade på dem (a.a.). Detta betonar vikten av sjukvårdspersonalens påverkan på de anhörigas upplevelse då deras närstående vårdas på sjukhus. Genom att bidra med en lugnare och tryggare miljö kan de anhörigas vistelse på sjukhuset göras mer behaglig. De delade känslorna hos de anhöriga är inte svåra att förstå då alla upplever sjukhusmiljön på olika sätt, men sjuksköterskan kan underlätta för de anhöriga genom god kommunikation och en patientsäker vård. Att apparaterna kan upplevas som både skrämmande och lugnande av anhöriga kan bero helt och hållet på sjuksköterskan. Sjuksköterskan kan uppleva det som krävande att vårda den drabbade och samtidigt ta hand om dennes anhöriga (McKiernan & McCarthy 2010) trots detta är det viktigt för sjuksköterskan att lägga fokus på att vara

informativ och inte stänga de anhöriga ute från vad som sker deras närståendes vård. Genom att sjuksköterskan förklarar hur behandlingar utförs samt vad olika apparater används till, kan de anhörigas upplevelse av sjukhusvistelsen underlättas.

Resultatet i den befintliga litteraturstudien visade att de anhöriga uppskattade stöd från sin omgivning, vilket bekräftas av McKiernan och McCarthy (2010). Anhöriga beskrev att det var viktigt för de att ha stöttande anhöriga runt om kring sig. Anhöriga upplevde också stöd genom att vara i god kontakt med vårdpersonal (a.a.). Enligt resultatet från föreliggande litteraturstudie, uppskattades dock besök allt mindre desto längre tid som gick då de anhöriga ansåg att det tog värdefull tid från den drabbade. Vidare visade även resultatet att en del anhöriga vände sig till religion som stöd vilket stöds av McKiernan och McCarthy (2010) som skriver att de anhöriga upplevde att religion hjälpte både de och den drabbade. Burns m.fl. (2018) styrker detta och skriver att de anhöriga fann stöd hos Gud och såg även Guds intervention vid tillfrisknandet av sin anhörig. Det är då viktigt för sjuksköterskan att vara öppen och accepterande till de anhörigas olika sätt att hantera situationen. Föreliggande litteraturstudies resultat visade tydligt på att de anhöriga hittade stöd på olika vis, därför måste sjuksköterskan ha ett öppet sinne; alla människor finner stöd och trygghet på sitt sätt och sjuksköterskan måste på bästa sätt bemöta varje individ och respektera dennes egna sätt att klara sig igenom situationen.

I befintlig litteraturstudie framkom det att de anhöriga upplevde stor tacksamhet gentemot sjukvårdspersonal relaterat till omvårdnaden av deras närstående, vilket bekräftas av Engström och Söderberg (2004). De anhöriga uttryckte även en tacksamhet över att deras anhörig överlevt och berättar att de nu fått ett helt nytt perspektiv på livet (a.a.), vilket tydligt kan kopplas med överlevarnas egna känslor. Haydon m.fl. (2017) skriver att överlevarna kände stor tacksamhet över att de överlevt situationen och att de nu kunde se livet på ett helt annat sätt (a.a.). Både överlevare och anhöriga upplevde att den traumatiska händelsen satte ett nytt perspektiv på livet, vilket inte är så svårt att förstå. Vid ett hjärtstopp kan det som förut upplevdes som viktigt upplevas som oviktigt, då man nu genomgått en händelse man aldrig hade förväntat sig att man skulle uppleva. Det upptäcktes av både överlevare och anhöriga hur snabbt livet kunde förändras. Efter hjärtstoppet kände överlevarna att livet fick en större mening (Haydon m.fl. 2017) och befintlig litteraturstudies resultat visade att de anhöriga delade denna upplevelse; livet måste tas tillvara på.

Förändring

Under den tredje huvudrubriken i resultatet, framkom det att de anhöriga genomgick en hel del livsförändringar efter att deras närstående drabbades av ett hjärtstopp. Förändringarna diskuteras nedan enligt denna huvudkategoris subkategorier.

I föreliggande litteraturstudie framkom det i resultatet att den som drabbats av ett hjärtstopp i många fall inte kunde känna igen sin anhörig när den vaknade. Detta gjorde att de anhöriga blev oroliga att detta skulle förbli ett permanent tillstånd för den närstående samt att de började fundera över om de hade gjort något fel i sina livräddningsinsatser. McKiernan och McCarthy (2010) skriver att de anhöriga upplevde oro över den närståendes bestående skador, de var oroliga att den närstående skulle få något funktionshinder eller inte återhämta sig alls. Fortsatt

beskrivs det att de anhöriga var oroliga för att den närstående drabbats av ett svårt handikapp som skulle leda till en sämre livskvalité (a.a.).

I resultatet framkom även att de anhöriga kände ett ökat behov av att vara nära den drabbade, främst när denne vaknat från koma. McKiernan och McCarthy (2010) bekräftar detta och skriver att de anhöriga kände ett behov av att vara fysisk nära den drabbade på IVA, framförallt för att ha möjligheten att se minsta lilla framsteg av tillfrisknande. Burns m.fl. (2018) skriver att anhöriga upplevde att de hade en skyldighet att vara där för den anhöriga och stötta de främst under behandling. Engström och Söderberg (2004) menar att de anhöriga upplevde det som ytterst viktigt att vara nära sin drabbade närstående under hela vårdtiden på IVA. Vilket författarna anser kunna kopplas till överlevnads egna behov med. Enligt Haydon m.fl. (2017) kunde man i studien se att överlevarna hade ett behov av att ha sina närstående nära, om så bara på fotografier då de kände att det hade stor betydelse för deras återhämtning att ha sina anhöriga nära sig.

De upplevde att det var deras skyldighet att skydda andra anhöriga. Detta genom att exempelvis dölja sina känslor, tankar och rädslor och vara där för övriga anhöriga. De upplevde även att de behövde skydda den drabbade, detta genom att på samma vis undanhålla känslor och tankar som skulle kunna göra den drabbade upprörd eller påverka dennes tillfrisknande negativt. De uttryckte en oro över ytterligare skada hos den drabbade och vara rädda att bidra med något som skulle kunna leda till ett nytt hjärtstopp. Detta bekräftas av Burns m.fl. (2018) som skriver att de anhöriga kände ett behov av att antingen stötta andra anhöriga eller den drabbade. Att bevittna andra anhörigas oro över situationen gav de anhöriga ångest, vilket gjorde att de försökte att inte visa vad de kände. Även Engström och Söderberg (2004) bekräftar resultatet och beskriver de anhörigas behov av att skydda sina anhöriga (a.a.). Det kan på så vis konstateras att de anhöriga försökte underlätta situationen för sina anhöriga genom att inte visa sin egen oro eller ångest. När författarna till befintlig litteraturstudie fann detta resultat kom de direkt att tänka på den relation en förälder har till sina barn, i detta fallet liknade den anhöriga en beskyddande förälder och den närstående dennes barn. De anhöriga kände ett behov av att beskydda och ta hand om sin närstående precis som en förälder tar hand om sitt barn och detta märktes vare sig vilken relation den anhöriga och den närstående hade. Detta kan eventuellt bero på det faktum att de anhöriga fick anta en ny roll som innebar att stötta, omhänderta och beskydda den närstående, vare sig vilken relation de två ursprungligen hade. Då den drabbade nu på många vis var beroende av både vårdpersonal och anhöriga, kunde det vara svårt för den anhöriga att se den närstående som en jämlik; den anhöriga behövde nu hjälpa och stötta den närstående vid nya tillfällen vilket då kunde leda till antagandet av nya roller.

Vidare i befintlig litteraturstudies resultat visade det sig att de anhöriga kände sig osäkra vid utskrivning och upplevde att de inte riktigt visste vad de skulle förvänta sig. Burns m.fl. (2018) bekräftar detta och skriver att de anhöriga beskriver känslor av ångest, svårigheter att slappna av, rädsla för återfall liksom oväntade svårigheter i det dagliga livet. De anhöriga beskrev även sömnsvårigheter, vilket Burns m.fl. (2018) bekräftar. Föreliggande litteraturstudies resultat visade att de anhöriga kunde hålla sig vakna för att övervaka den närstående och försäkra sig om att denne andades. Detta bekräftades av Engström och Söderberg (2004) som skriver att de anhöriga kände ökad ångest över att något skulle hända den närstående och kände att de frekvent behövde

kontrollera om den anhöriga levde när de sov (a.a.). Denna oro kan leda till en hel del stress och är antagligen anledningen till att den närstående upplevde svårigheter med sömnen. Det är här viktigt att den anhöriga får information och utbildning om hur mycket sömnen påverkar dennes mående samt andra aspekter i vardagen. Sjuksköterskan bör då med hjälp av sina kunskaper bidra med utbildning till den anhöriga för att denne på bästa sätt ska kunna ta hand om sig själv och tänka på sitt mående.

Det visade sig i litteraturstudiens resultat att de anhöriga uppskattade stöd från vänner och andra anhöriga och detta stöds av Engström och Söderberg (2004) som skriver att de anhöriga upplevde sina familjer och nära vänner som ett stort stöd i krisen samt att de kände sig väldigt ensamma i väntan på att andra skulle komma och besöka den närstående på sjukhuset. De uttryckte även en oro över hur andra anhöriga skulle hantera situationen (a.a.). I resultatet framkom det även att de anhöriga upplevde att familjebanden växt starkare under situationen vilket Engström och Söderberg (2004) skriver att rollerna i familjen ändrades och att de anhöriga upplevde att de kom sina familjemedlemmar närmare (a.a.). Resultatet belyste att eftersom de anhöriga la majoriteten av sin tid på sin drabbade närstående ändrades deras sociala kontakter; de umgicks väldigt sällan med bekanta, vilket gjorde att de kände ett ökat behov av att göra något utanför familjemiljön. De anhörigas vanliga, dagliga uppgifter blev oviktiga eftersom deras hela existens nu cirkulerade kring den drabbade närstående, skriver Engström och Söderberg (2004) och bekräftar resultatet. De anhöriga lade fokus på relationer med sina närstående vilket Haydon m.fl. (2017) anser var av stort fokus även hos de överlevande. De båda upplevde en lättnad av att ha närstående och familj i närheten (a.a.). Litteraturstudiens författare anser att det glöms bort hur viktigt det är att lägga större fokus på sina anhöriga, då man i studien upptäckt att det först är efter den traumatiska händelsen som både anhöriga och överlevare inser hur pass viktigt detta är. Kunskap kan tas från både anhörigas och överlevares erfarenheter och belysa vikten av att ta hand om sina närstående men även sig själv.

Resultatet visade att även de anhöriga upplevde problem med hälsan. Det gav sig uttryck genom bland annat ångest, sömnsvårigheter och svårigheter att slappna av. Liknande resultat visar studien från McAdam och Puntillo (2009) samt Pochard m.fl. (2004) där anhöriga upplevde flera olika symtom när deras närstående fick vård på IVA. De anhöriga upplevde stress, ångest och depression (a.a.). Därför är det viktigt att som sjuksköterska inte glömma bort de anhörigas hälsa. Att vara observant även på deras eventuella symtom och vara lyhörd.

Litteraturstudien visade på att anhöriga upplevde ångest vid hemkomsten från sjukhuset, det medförde en osäkerhet inför framtiden. De kände en oro över eventuella förändringar hos personen som fått hjärtstopp. Detta bekräftar även studien av Engström och Söderberg (2004), där anhöriga var oroliga inför framtiden (a.a.). Då oron visade sig vara hög hos de anhöriga vid den närståendes hemkomst är det av största vikt att deras frågor besvaras och att sjuksköterskan lägger fokus på att stötta den anhöriga. Att gå igenom livsförändringar är inte lätt och därför är det viktigt att belysa att alla människor är i behov av stöttning i livsförändrande situationer, vare sig om man är den drabbade eller om man är anhörig.

KONKLUSION

Litteraturstudiens resultat visar att anhöriga upplever överklighetskänslor, rädsla, panik, desperation och ångest när deras närstående drabbas av hjärtstopp. När hjärtstoppet inträffar är det en överväldigande händelse som skakar om deras tillvaro. De lade ett stort ansvar på sig själva och kände sig ansvariga för att rädda personen tillbaka till livet. Samtidigt drogs de med känslor av skuld ifall de hade gjort tillräckligt mycket och om de hade agerat fel. Samtidigt upplever många anhöriga att deras egna hälsa påverkas, och ger sig tillkänna genom bland annat koncentrationssvårigheter och sömnproblem. Vikten av kontinuerlig och saklig information från vårdpersonal till anhöriga framträder tydligt av studiens resultat. Att vara anhörig till en person som drabbas av ett hjärtstopp är oerhört påfrestande och påminner människor om deras dödlighet vilket kan ge ett nytt perspektiv på livet. Det är då viktigt för sjuksköterskan att vara medveten om förändringarna i tankesätt, känslor och livsstil hos de anhöriga för att på bästa möjliga sätt kunna stötta de igenom denna mödosamma period och leda dem tillbaka till ett harmoniskt liv samt möta deras nya behov med hög kompetens och stöd.

FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Författarna vill med denna litteraturstudie bidra till en fördjupad förståelse för anhörigas upplevelser när en närstående drabbas av hjärtstopp. Genom att öka vår kunskap inom området kan vi som sjuksköterskor underlätta för de anhöriga att stötta sin närstående då de drabbats av hjärtstopp. Genom utökad kunskap angående anhörigas upplevelser kring hjärtstopp kan vi bemöta och stödja dessa personer bättre. Vi behöver dock mer konkret och praktisk kunskap om hur vi ska bemöta anhöriga i vår kommande yrkesroll.

Det är författarnas förhoppning att resultatet ska kunna användas för att göra sjuksköterskor medvetna om anhörigas upplevelser och på så sätt bemöta de på ett bra sätt. För att kunna vårda en hjärtstoppsoverlevare måste sjuksköterskan se till dennes anhöriga med då de anhöriga har stor inverkan på den drabbade. Att uppleva att en närstående får hjärtstopp innebär att den anhöriga kommer att ha frågor, funderingar och rädslor som sjuksköterskan måste belysa och bekräfta. Om vi därför ökar medvetenheten om svårigheterna som anhöriga ställs inför, kan sjuksköterskan ändra rutiner för information, stöttning och vård så att anhöriga får en chans till det som de och deras närstående ser som ett bra fortsatt liv. Författarna har upplevt att kunskap kring anhöriga i vården inte har berörts tillräckligt under utbildningen. Ett förslag på förbättringsarbete är att detta område ska belysas mer under grundutbildningen, för att sjuksköterskestudenter ska vara så förberedda som möjligt inför sin kommande yrkesroll.

Det är tydligt att det krävs mer forskning inom detta område. Det finns mycket forskning med de medicinska aspekterna kring hjärtstopp. Dock finns det få studier om just de anhörigas perspektiv kring hjärtstopp. Ur ett omvårdnadsperspektiv är det viktigt att det sker en fortsatt kunskapsutveckling inom detta område så att kvaliteten på omvårdnaden höjs samt att sjuksköterskans kompetens inom området ökar. På så vis kan man förhoppningsvis förbättra

sjuksköterskans bemötande och omhändertagande av de anhöriga när deras närstående har drabbats av hjärtstopp.

REFERENSER

Anhörigas riksförbund, (2016) *Anhörigomsorg – ett frivilligt åtagande*.
><https://anhorigasriksforbund.se/om-oss/vem-ar-anhorig/>< HTML (2018-03-25)

*Bremer A, Dahlberg K, Sandman L, (2009) Experiencing Out-of-Hospital Cardiac Arrest: Significant Others' Lifeworld Perspective. *Qualitative health research, 19*, 1407-1420.

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.

Burns M, McInnis-Perry G, MacQuarrie C, Murray C, (2018) Anticipating the awakening: The lived experience of families of patients undergoing successful targeted temperature management after cardiac arrest. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing, 29*, 17-24.

*De Stefano C, Normand D, Jabre P, Azoulay E, Kentish-Barnes N, Lapostolle F, Baubet T, Reuter P G, Javaud N, W. Borron S, Vicaut E, Adnet E, (2016) Family Presence during Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial. *PloS One, 11(6)*, 1-8

Cartledge S, Feldman S, E. Bray J, Stub D, Finn J, (2017) Understanding patients and spouses experiences of patient education following a cardiac event and eliciting attitudes and preferences towards incorporating cardiopulmonary resuscitation training: A qualitative study. *European Journal of Advanced Nursing, 1-13*.

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

Engström Å, Söderberg S, (2004) The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing, 20*, 299—308.

Etchegary H, Enright G, Audas R, Pullman D, Young T L, Hodgkinson K, (2016) Perceived economic burden associated with an inherited cardiac condition: a qualitative inquiry with families affected by arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy. *Genetics in Medicine, 18*, 584- 592.

Forsberg C, Wengström Y, (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm, Natur & Kultur

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*, 878–886.

Friberg F, (2017) *Att bidra till en evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning*. I: Friberg F, (Red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3e upplagan) Lund: Studentlitteratur.

- Haydon G, van der Riet P, Kerry I, (2017) A systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature exploring the experiences and quality of life survivors of a cardiac arrest. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16 (6), 475–483.
- HLR-rådet, (2016) *Fakta & riktlinjer* ><http://www.hlr.nu/fakta-riktlinjer/>< HTML (2018-03-07)
- *Holm M-S, Norekvål T-M, Gjengedal E, (2012) Partners' ambivalence towards cardiac arrest and hypothermia treatment: a qualitative study. *Nursing in critical care*, 17, 231-238
- Holmberg S, (2010) *Hjärtstopp*. I: Wallentin L, (Red) *Akut Kranskärlssjukdom*. Stockholm: Liber.
- Karolinska Institutet, (2018) *Svensk mesh*. ><https://mesh.kib.ki.se/>< HTML (2018-03-17)
- *Larsson I-M, Wallin E, Rubertsson S, Kristoferzon M-L, (2012) Relatives' experiences during the next of kin's hospital stay after surviving cardiac arrest and therapeutic hypothermia. *European journal of cardiovascular nursing*, 12, 353-359.
- Larsson R, Engström Å, (2013) Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest. *International journal of nursing practice*, 19, 197-205.
- *Löf S, Sandström A, Engström Å, (2010) Patients treated with therapeutic hypothermia after cardiac arrest: relatives' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 6(8), 1760–1768.
- McAdam J-L, Puntillo K, (2009) Symptoms experienced by family members of patients in intensive care unit. *American journal of critical care*, 18, 200-209.
- McKiernan M, McCarthy G, (2010) Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 254—261.
- Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert P-E, Cheval C, Coloigner M, Merouani A, Moulrout S, Pigne E, Ping J, (2004) Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care*, 20, 90-96.
- Rosenqvist M, (2012) *För långsamt, för snabbt eller ojämnt*. I: Rosenqvist M & Tornvall P, (Red.) *Hjärtat*. Stockholm: Karolinska institutet University Press.
- Socialstyrelsen, (2018) *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård*. ><https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-hjarta-kranskarlssjukdom.pdf> < HTML (2018-04-22)
- Svensk sjuksköterskeförening, (2017) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. ><https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk->

sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf< PDF (2018-05-11)

Svensson L, (2012) *Allt fler räddas till livet*. I: Rosenqvist M & Tornvall P, (Red.) *Hjärtat*. Stockholm: Karolinska institutet University Press.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2014) *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*.
>http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf< PDF (2018-03-18)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2017) *Utvärdering för metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten*.
><https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>< PDF (2018-05-29)

*Thorén A B, Danielson E, Herlitz J, Axelsson B. Åsa, (2010) Spouses' experiences of a cardiac arrest at home: An interview study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 161–167.

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

*Wallin E, Larsson I-M, Rubertsson S, Kristoferzon, (2012) Relatives' experiences of everyday life six months after hypothermia treatment of significant other's cardiac arrest. *Journal of clinical nursing*, 22, 1639-1646.

*Weslien M, Nilstun T, Lundqvist A, Fridlund B, (2005) When the unreal becomes real: family members' experiences of cardiac arrest. *Journal of clinical nursing*, 10, 15-22.

Willman A, Stoltz P & Bahtsevani C, (2011) *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

*Artiklar som återfinns i resultatet

BILAGOR

Bilaga 1: Sökstrategi i Cinahl

Bilaga 2: Sökstrategi i PubMed

Bilaga 3: Artikelmatriser

Bilaga 4: SBU - Mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa artiklar

Bilaga 5: Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet

Bilaga 1:Litteratursökning i Cinahl 2018-04-26

Sök-nummer	Söktermer	Begränsningar	Träffar	Sökblock
S1	"Heart arrest"		7,115	
S2	"Cardiac arrest"		5,827	
S3	"Asystole"		476	
S4	"Cardiopulmonary arrest"		811	
S5	(MH "Heart Arrest+")		10,177	
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5		12,989	Hjärtstopp
S7	"Experience"		189,418	
S8	"Life change events"		4,346	
S9	(MH "Life Change Events+")		30,590	
S10	S7 OR S8 OR S9		215,301	Upplevelser
S11	"Family"		183,831	
S12	"Family members"		17,970	
S13	"Relatives"		81,514	
S14	"Extended family"		1,708	
S15	(MH "Family+")		135,751	
S16	(MH "Extended Family+")		2,299	
S17	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16		324,018	Anhöriga
S18	"Qualitative"		96,977	
S19	"Qualitative research"		10,617	
S20	"Qualitative studies"		78,866	
S21	(MH "Qualitative Studies+")		95,054	
S22	S18 OR S19 OR S20 OR S21		117,833	Kvalitativ design

S23	S6 AND S10		770	Hjärtstopp+ upplevelser
S24	S6 AND S17		1,074	Hjärtstopp+ anhöriga
S25	S24 AND S22		53	Hjärtstopp+ Anhöriga+ Kvalitativ design
S26	S24 AND S22	English, Published 2010-2018	33	Hjärtstopp+ Anhöriga+ Kvalitativ design
S27	S25 AND S10	English, Published 2010-2018	21	Hjärtstopp+ Anhöriga+ Kvalitativ design+ Upplevelser

Bilaga 2: Litteratursökning i PubMed 2018-04-26

Sök-nummer	Söktermer	Begränsningar	Träffar	Sökblock
S1	''Heart arrest''		57696	
S2	''Cardiac arrest''		66951	
S3	''Asystole''		59152	
S4	''Cardiopulmonary arrest''		61305	
S5	"Heart Arrest"[Mesh]		42419	
S6	(((''heart arrest'' OR ''cardiac arrest'' OR ''asystole'' OR ''cardiopulmonary arrest'' OR "Heart Arrest"[Mesh]		69688	Hjärtstopp
S7	''Experience''		571344	
S8	''Life change events''		26310	
S9	"Life change events"[MeSH]		21575	
S10	(((''experience'' OR ''life change events'' OR "life change events"[MeSH]		593898	Upplevelser
S11	''Family''		1136987	
S12	''Family members''		1136987	
S13	Relatives		1164961	
S14	''Extended family''		1136987	
S15	"Family"[Mesh]		285809	
S17	((((((''family'' OR ''family members'' OR ''relatives'' OR ''extended family'' OR ''family'' [MeSH]		1164961	Anhöriga
S18	''Qualitative''		197010	
S19	''Qualitative research''		135479	
S20	''Qualitative studies''		151833	
S21	''Qualitative Research''[Mesh]		38488	
S22	(((''qualitative'' OR ''qualitative research'' OR ''qualitative studies'' OR ''qualitative research'' [MeSH]		197090	Kvalitativ design
S23	((((((''heart arrest'' OR ''cardiac arrest'' OR ''asystole'' OR ''cardiopulmonary arrest'' OR "Heart Arrest"[Mesh])) AND (((''experience'' OR ''life change events'' OR "life change events"[MeSH])		3217	Hjärtstopp+ Upplevelser

S24	((((("heart arrest") OR "cardiac arrest") OR "asystole") OR "cardiopulmonary arrest") OR "heart arrest" [MeSH])) AND (((("family") OR "family members") OR "relatives") OR "extended family") OR "family" [MeSH])		2505	Hjärtstopp+ Anhöriga
S25	((((("heart arrest") OR "cardiac arrest") OR "asystole") OR "cardiopulmonary arrest") OR "heart arrest" [MeSH])) AND (((("family") OR "family members") OR "relatives") OR "extended family") OR "family" [MeSH])) AND (((("qualitative") OR "qualitative research") OR "qualitative studies") OR "qualitative research" [MeSH])		59	Hjärtstopp+ Anhöriga+ Kvalitativ design
S26	((((("heart arrest") OR "cardiac arrest") OR "asystole") OR "cardiopulmonary arrest") OR "heart arrest" [MeSH])) AND (((("family") OR "family members") OR "relatives") OR "extended family") OR "family" [MeSH])) AND (((("qualitative") OR "qualitative research") OR "qualitative studies") OR "qualitative research" [MeSH])	English Published 2010-2018	45	Hjärtstopp+ Anhöriga+ Kvalitativ design
S27	((((((((("heart arrest") OR "cardiac arrest") OR "asystole") OR "cardiopulmonary arrest") OR "Heart Arrest"[Mesh])) AND (((((((("family") OR "family members") OR "relatives") OR "extended family") OR "Family"[Mesh]) OR AND (((((((("qualitative") OR "qualitative research") OR "qualitative studies") OR "qualitative research" [MeSH])) AND (((("experience") OR "life change events") OR "life change events"[MeSH]))	English Published 2010-2018	17	Hjärtstopp+ Anhöriga+ Kvalitativ design+ Upplevelser

Bilaga 3: Artikelmatriser

Author, year, country	Title	Aim	Method/design	Participants	Essential result/conclusion	Quality
Bremer m.fl. 2009, Sweden	”Experiencing Out-of-Hospital Cardiac Arrest: Significant Others’ Lifeworld Perspective”	The aim of this study was not described.	Qualitative, descriptive and explorative design founded in lifeworld phenomenology. Participant selection was done with purposive sampling. Data was collected through interviews with open-ended questions. The time between the event and the interview ranged from 6 months to 4 years. The interviews were transcribed verbatim. Each interview were analyzed separately to look for patterns and clusters of meaning. Then a pattern and meaning structure emerged.	7 woman and men who had experienced a significant other’s out of hospital cardiac arrest.	<p>The results show how significant other’s sense of an out of hospital cardiac arrest situation, when life is trembling, can threaten values deemed important for a good life.</p> <p>The result show these constituents: Unreality in the reality, Overwhelming responsibility, Inadequacy and limitations, Hope and hopelessness, Ethical considerations, Insecurity about the future, Trembling of life.</p>	<p>Medium</p> <p>Since the purpose of the study was not well described, quality was determined as medium.</p>

Author, year, country	Title	Aim	Method/design	Participants	Essential result/conclusion	Quality
De Stefano m.fl. 2016, France	"Family Presence during Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial"	The aim of the study was to understand family members' experience during CPR	Qualitative, sequential explanatory design. This study was a component of a randomized multicenter trial. Semi-structured interviews were conducted over telephone. The interviews took place 3 months after the cardiac arrest. All interviews were recorded and transcribed verbatim. The analysis applied a qualitative interpretative approach guided by grounded theory and based on a constant comparison.	30 family members of different age groups and different degrees of kinship.	Four themes and 12 sub-themes were identified. These were the themes: Choosing to be actively involved in the resuscitation, Communication between family members and the emergency team, Perception of the reality of death and Experience and reaction of the relative witnessing (or not) the resuscitation.	High

Author, year, country	Title	Aim	Method/design	Participants	Essential result/conclusion	Quality
Doughtery m.fl. 2004, United States	"Domains of concern of intimate partners of sudden cardiac arrest survivors after ICD implantation"	Describe the areas affected by intimate partners for Cardiac Survivors during the first year after ICD implants.	Secondary analysis of interview data. A grounded theory method. Data were collected at 5 occasions; at the hospital discharge, 1, 3, 6, and 12 months after the cardiac arrest. Partners to the survivors were interviewed to find out what was most upsetting after their partners suffered a cardiac arrest and received an ICD. The interviews were tape-recorded, transcribed and analyzed through a constant comparative analysis.	15 intimate partners of sudden cardiac arrest survivors.	Eight areas were identified by the intimate partners following CA and ICD: 1. Care of survivors 2. My (partner) self-care. 3. Relationship 4. ICD 5. Money 6. Uncertain Future 7. healthcare provider 8. Family.	High

Author, year, country	Title	Aim	Method/design	Participants	Essential result/conclusion	Quality
Holm m.fl 2012, Norway	"Partners' ambivalence towards cardiac arrest and hypothermia treatment: a qualitative study"	The purpose of this study was to examine the experiences of partners of patients who had cardiac arrest and subsequent hypothermia treatment in an intensive care unit (ICU).	Phenomenological approach. In-depth interviews. The interviews were conducted 5-13 months after the cardiac arrest. The interviews were analyzed by using Giorgi's phenomenological method.	Nine partners of patients who had survived a cardiac arrest and had undergone hypothermia treatment.	Six themes were identified: Terrified by witnessing the cardiac arrest, Ambivalence towards the ICU room and the cold body, Need for honest and realistic information, Anticipating the awakening, Social network as support and burden, The frightening homecoming.	High

Author, year, country	Title	Aim	Method/design	Participants	Essential result/conclusion	Quality
Larsson m.fl. 2012, Sweden	"Relatives' experiences during the next of kin's hospital stay after surviving cardiac arrest and therapeutic hypothermia"	"To describe relatives' experiences during the next of kin's hospital stay after surviving a cardiac arrest (CA) treated with hypothermia at an intensive care unit (ICU).	Qualitative description. Semi-structured interviews were conducted at the time the patient were discharged from hospital and 1,5 to six weeks after the cardiac arrest. The interviews were analyzed by using qualitative content analysis.	20 relatives of persons who suffered from a cardiac arrest. 10 of the relatives were husband or wife of the patient, three were partners, six were children and one was a parent.	Three themes were identified: The first period of chaos, Feeling secure in a difficult situation and Living in a changed existence.	High

Author, year, country	Title	Aim	Method/design	Participants	Essential result/conclusion	Quality
Löf m.fl. 2010, Sweden	“Patients treated with therapeutic hypothermia after cardiac arrest: relatives’ experiences”.	Describe the experiences of relatives when someone they care for survived a cardiac arrest and was treated with therapeutic hypothermia in an intensive care unit.	An inductive qualitative study was performed with individual qualitative interviews. The interview texts were subjected to qualitative content analysis. No information can be found in this study when the interviews were conducted.	The participants were eight relatives of patients who had survived cardiac arrest and been treated with therapeutic hypothermia. One relative was a wife, one a brother, three were daughters and two were sons.	Three themes were identified: A sudden change in life, Feeling trust and support, Worrying about the future.	High

Author, year, country	Title	Aim	Method/design	Participants	Essential result/conclusion	Quality
Thoren m.fl. 2010, Sweden	“Spouses experience of a cardiac arrest at home: An interview study”	To describe spouses’ experiences of witnessing their partners’ cardiac arrest at home.	Interviews with the spouses were conducted. The interviews were recorded and transcribed verbatim and took place 10-27 months after the cardiac arrest. Qualitative content analysis was conducted.	The participants were 15 spouses which partners suffered a cardiac arrest at home.	Two domains with several themes were identified: <i>The time before the cardiac arrest</i> ; Lack of early warning signs, difficulty interpreting early warning signs, interpreting signs in the light of previous illness, denial of serious illness. <i>The cardiac arrest event</i> ; Perceiving the seriousness, being unable to influence, doing what is in one’s power	High

Author, year, country	Title	Aim	Method/design	Participants	Essential result/conclusion	Quality
Uren och Galdas, 2014, United Kingdom	"The experiences of male sudden cardiac arrest survivors and their partners: a gender analysis"	To explore how masculinities shape the experiences of men and their partners after survival from out-of-hospital cardiac arrest.	Interview study guide by an interpretive description approach was used. The patients had suffered the cardiac arrest in the previous 24 months. Semi-structured interviews. The interview data were subjected to thematic analysis.	Seven male sudden cardiac arrest survivors and six female partners. One of the survivors didn't have a partner.	Three themes were identified: Support and self-reliance, Dealing with emotional (in) vulnerability, and No longer a 'He-man'.	High

Author, year, country	Title	Aim	Method/design	Participants	Essential result/conclusion	Quality
Wallin m.fl. 2012, Sweden	”Relatives’ experiences of everyday life six months after hypothermia treatment of a significant other’s cardiac arrest”	To describe relatives experiences of needing support and information and of the impact on everyday life six months after a significant other survived cardiac arrest treated with therapeutic hypothermia at an intensive care unit.	The study is descriptive and the approach qualitative. Semi-structured interviews were conducted six months after the cardiac arrest. The interviews were recorded and transcribed verbatim. Qualitative content analysis was conducted.	20 relatives which significant other suffered a cardiac arrest. Of the relatives nine were wives, four were husbands, 5 were daughters, one was a son and one was a parent.	Three themes were identified: Difficulties managing a changed life situation, Feeling like I come second and Feeling new hope for the future.	High

Author, year, country	Title	Aim	Method/design	Participants	Essential result/conclusion	Quality
Weslien m.fl. 2005, Sweden	“When the unreal becomes real: family members’ experiences of cardiac arrest”	Provide insight into family members’ experiences related to cardiac arrest	Semi-structured interviews were conducted 5-34 months after the cardiac arrest. The interview data was subjected to a descriptive and inductive content analysis.	17 family members which relative suffered a cardiac arrest. Of the 17 family members there were 14 wives, one husband and two sons.	Three categories were identified: The event occurs to the patient, The EMS arrive, The staff takes over at the hospital	High

Bilaga 4: SBU - Mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa artiklar

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2017) *Utvärdering för metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten*.

><https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>< PDF (2018-05-29)*

*Direkt hämtad

Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

REVIDERAD 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studie kvaliteten:

Hög

Medelhög

Låg

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

a) Är urvalet relevant?

b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?

c) Är kontexten tydligt beskriven?

d) Finns relevant etiskt resonemang?

e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc):

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):				
4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				
5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				

Bilaga 5: Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2017) *Utvärdering för metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten*.

><https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>< PDF (2018-05-29) *

*Direkt hämtad

Hög kvalitet	Medelhög kvalitet	Låg kvalitet
Klart beskrivet sammanhang (kontext)	Sammanhanget ej beskrivet tydligt (kontext)	Oklart beskrivet sammanhang (kontext)
Väldefinierad frågeställning	Frågeställning ej beskriven tydligt	Vagt definierad frågeställning
Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod	Några otydligheter i beskrivningen av urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod	Otydligt beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod
Dokumenterad metodisk medvetenhet	Några otydligheter i den dokumenterade metodiska medvetenheten	Dåligt dokumenterad metodisk medvetenhet
Systematisk, stringent presentation av data	Otydligheter i presentationen av data	Osystematisk och mindre stringent dataredovisning
Tolkningars förankring i data påvisad	Några otydligheter om tolkningars förankring i data	Otydlig förankring av tolkningarna i data
Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet	Några otydligheter om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet	Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet är bristfällig eller saknas
Kontextualisering av resultat i tidigare forskning	Otydlig kontextualisering av resultat i tidigare forskning	Kontextualisering av resultat i tidigare forskning saknas eller är outvecklad
Implikationer för relevant praktik välformulerade	Implikationer för relevant praktik är otydligt beskrivna	Implikationer för relevant praktik saknas eller är otydliga