

Sömn hos hjärtstoppsoverlevare ur sjuksköterskans perspektiv

**Amanda Hellström^{1,2}, Anders Bremer^{1,2},
Carina Hjelm^{2,3}**

**¹Fakulteten för hälso och livsvetenskap,
Linnéuniversitetet Kalmar/Växjö**

**² iCare – The innovative Cardiac Arrest
REsearch group**

**³ Institutionen för hälsa, medicin och vård,
Linköpings universitet**

Plötsligt hjärtstopp är ett globalt hälsoproblem, som tyvärr har en låg överlevnadsgrad. Ungefär 20 % överlever ett hjärtstopp om det sker inne på ett sjukhus, endast hälften så många (ca 10 %) överlever om det sker utanför sjukhus. I Sverige är statistiken något bättre där ca 37 % överlever vid ett hjärtstopp på sjukhus och 11 % om det sker utanför sjukhus. Trots detta är det ett tillstånd som i de flesta fall leder till döden.

Artikeln är baserad på en publicerad studie: Hellström, A., Bremer, A., Gunnarsson, L. & Hjelm, C. Nurses' various ways of understanding the sleep of survivors of sudden cardiac arrest: A phenomenographic study. *Nursing in Critical Care*, 10.1111/nicc.12843. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/nicc.12843>

Sömnens betydelse hos de personer som överlever ett hjärtstopp är endast delvis förstådd. De flesta forskningsstudier inom kardiologi och sömn fokuserar på patienter med hjärtsvikt, högt blodtryck eller

infarkter. Insomni, sömnapné och sömnbrist har visat sig vara riskfaktorer för utveckling av hjärt-kärlsjukdomar (Javaheri & Redline, 2017, Khan & Aouad, 2017). Tidigare studier har också visat att sömnrelaterade andningsstörningar och obstruktiv sömnapné ökar risken för hjärtarytmi, plötslig hjärtdöd, nattliga ischemiska händelser, ventrikulär takykardi samt ökad sjuklighet och dödlighet i efterdyningarna av ett hjärtstopp (Ludka et al., 2011; Swrizawa et al., 2008). Forskning kring personer med hjärt-kärlsjukdom indikerar problem som fragmenterad sömn, påverkad kognition, trötthet och humörstörningar. Emellertid är det oklart om denna kunskap är överförbar till patienter som har överlevt ett hjärtstopp. Studier som beskriver sömn i relation till hjärtstopp är få och såvitt vi vet är detta den första studien som beskriver sömnsituationen hos överlevande efter ett plötsligt hjärtstopp, utifrån hur sjuksköterskor uppfattar överlevarnas sömn.

Syfte

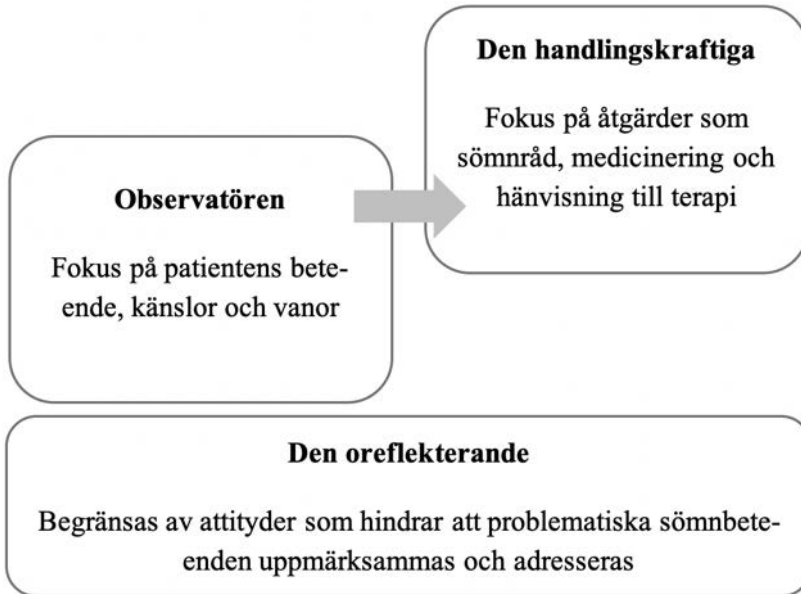
Syftet med föreliggande studie var därför att undersöka legitimerade sjuksköterskors uppfattningar om sömnen hos hjärtstoppsöverlevare, såväl på sjukhuset som efter utskrivning till hemmet.

Metod

Studien hade en fenomenografisk design, vilket innebär att uppfattningar av ett fenomen studeras, för att på så sätt få en bättre förståelse för hur sjuksköterskorna (i det här fallet) resonerar och agerar gällande patientens sömn (Sjöström & Dahlgren, 2002). Förutom att försöka fånga olika uppfattningar av patienternas sömn, avsåg vi också att förstå hur dessa olika uppfattningar förhåller sig till varandra. Rekryteringen av studiedeltagare var strategisk genom att en variation mellan arbetsplats, arbetslivserfarenhet, utbildning och kön eftersträvades. Inklusionskriterier var att deltagaren skulle vara legitimerad sjuksköterska samt ha erfarenhet av hjärtsjukvård och

specifikt av att vårda patienter efter ett hjärtstopp. Tjugo sjuksköterskor tillfrågades om deltagande via ett mailutskick, varav nitton tackade ja. Av dessa nitton sjuksköterskor var tre män och arbetsfarenheten varierade mellan 3 och 38 år. Sex sjuksköterskor hade en specialistutbildning, medan övriga var grundutbildade. Data samlades in genom individuella, semi-strukturerade intervjuer med utgångspunkt i en intervjuguide. Alla intervjuer utom en genomfördes under ett fysiskt möte, antingen på sjuksköterskans arbetsplats eller i ett avskilt rum under ett årligt möte arrangerat av Svenska Hjärt-lungräddningsregistret. Den sista intervjun genomfördes över telefon. Studien har etiskt godkännande från den regionala etikprövningsnämnden i Linköping (Dnr 2016/141–31).

Analys av data gjordes genom att de utsagor som relaterar till studiens syfte kodas utifrån vilken mening de bedömdes ha för att sedan sorteras in i beskrivande kategorier. Eftersom studien hade fenomenografisk design fortsatte analysen med att de identifierade kategorierna relaterades till varandra i ett så kallat utfallsrum (Figur 1). Vi hittade tre kategorier som beskriver olika roller som sjuksköterskan kan anta i det vårdande mötet; *Observatören* som kunde leda över till rollen som *Den handlingskraftiga*. Den tredje kategorin beskrev *Den oreflekterande* vilken inte var relaterad till de andra två.



Figur 1. Utfallsrum för studien som beskriver relationen mellan de olika kategorierna.

Resultat

I rollen som *Den Oreflekterande* visade sjuksköterskorna attityder som hindrade igenkänning av sömnbeteenden. Sömnsvårigheter förutsågs och accepterades som normalt. Sömn uppfattades som en icke-fråga, vilket motiverades ytterligare av bristen på fokus på sömn i vårdplanen eller uppföljningen. Denna kategori var oberoende av de två andra kategorierna. Som *Observatören* uppfattade sjuksköterskorna beteenden, känslor och vanor hos patienten som påverkade sömnen. Detta iakttagande kunde sedan leda till att sjuksköterskan gick över i rollen som *Den handlingskraftiga*, då hen kunde ge sömnråd till patienten eller sömnläkemedel. Tecken på depression, ångest eller snarkning ledde särskilt till att sjuksköterskorna reflekterade över eventuella sömnsvårigheter och agerande.

Dock kände sig de flesta sjuksköterskorna i studien sig osäkra på sitt handlingsutrymme och sin egen kompetens. Detta begränsade hur många sömnförbättrande åtgärder de själva företog och att de istället ofta hänvisade till läkare eller terapeut.

Den oreflekterande

Utsagor som hamnade som *Den oreflekterande* uttryckte uppfattningar som att patienter som haft ett hjärtstopp inte sov sämre än andra patientgrupper. Sjuksköterskorna hade ingen förväntan om att någon som överlevt ett hjärtstopp skulle sova särskilt bra, så sömnproblem sågs som en naturlig konsekvens av det inträffade.

Efter utskrivning från sjukhuset görs en telefonuppföljning. Detta utförs mellan 3 och 6 månader efter utskrivningen. Samtalet med patienten följer då ett angivet protokoll, där inga frågor om sömn ingår. Därför ställde sällan sjuksköterskan några frågor om sömnen rutinmässigt. Sjuksköterskorna ansåg också att om sömnen var en viktig fråga för patientens hälsa och återhämtning, borde frågor om sömn ingått i protokollet. Frånvaron av dessa frågor bekräftade att det inte var så viktigt i sammanhanget. Därtill resonerade många sjuksköterskor att om patienten hade kvarstående sömnproblem skulle hen sannolikt ta upp det själv vid uppföljningen. Ännu ett skäl för att inte ställa frågor om sömn var att det redan var många aspekter som man skulle hinna med att fråga patienten om, det finns helt enkelt inte tid för fler frågor.

Observatören

Egentligen hade inte *Observatören* heller ett större fokus på just patientens sömn. Däremot uttrycktes uppfattningar om att sömnkvaliteten var försämrad under återhämtningstiden efter hjärtstoppet. Sjuksköterskorna beskrev att patienterna visade ångest nattetid, rädsla för att sova och ett behov av att känna sig säkra på att vakna upp från sömnen igen. Det uppfattades som att patienterna hade mycket oro och behov av att få ställa existentiella frågor. Det fanns

också en rädsla för att drabbas av ytterligare ett hjärtstopp. Sjuksköterskorna uppfattade det som att oroande tankar uppkom till natten, och att dessa tillsammans med rubbningar i dygnsrytmen ansågs bidra till att patienterna inte sov särskilt bra. Under vårdtiden på intensivvårdsavdelningen kontrollerades vitala parametrar ofta, vilket ansågs kunna bidra till att sömnen avbröts ofta för patienterna. Vidare menade sjuksköterskorna att de vanligaste sömnproblemen som de observerade hos patienterna var hallucinationer och mardrömmar. Vid uppföljningssamtalet, efter utskrivning från sjukhuset, kunde många patienter fortfarande berätta om fragmenterad sömn med många uppvaknanden. Mardrömmar kvarstod som ett vanligt problem hos de som inte fick adekvat sömn, samt dagtrötthet.

Den handlingskraftiga

Trots att sjuksköterskorna kunde visa på handlingskraft, lyftes inte några frågor om sömn generellt, varken på sjukhus eller vid uppföljning. Samtliga var relativt styrda av rutiner på vårdavdelningen och uppföljningsprotokoll. Hög poäng på Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), som skattar symtom på ångest och depression, ledde däremot till att frågor om sömn ställdes, då sjuksköterskornas erfarenheten sa att oro och ångestfyllda tankar ofta förekommer tillsammans med problem att sova. Samma gällde vid höga poäng på depressionsskalan, eftersom samband mellan depression och sömnproblem var välkänt.

Vid sömnproblem under själva sjukhusvistelsen, kunde sjuksköterskorna erbjuda insomningstablett eller orosdämpande samt göra olika åtgärder för att öka komforten för patienten. Detta kunde vara att lämna dörren till salen öppen eller att lämna en lampa tänd (för de som var rädda för att somna). Sjuksköterskan kunde också hjälpa patienten att justera sin position i sängen så att de låg bekvämare och lättare kunde slappna av. När inneliggande patienter berättade om

sömnproblem, kunde sjuksköterskan be dem beskriva sin sömn före hjärtstoppet, för att på så vis få ett utgångsvärde att förhålla sig till.

Muntliga rekommendationer om sömn gavs och noterades även i journalen, läkare kunde vidtalas om de problem som patienten beskrivit. Vid förekomst av snarkning väcktes misstanke om möjlig sömnapné och konsultation för ytterligare utredning initierades. Samtidigt drog sig sjuksköterskorna för att ställa frågor om sömn, då de kände att deras egen kunskap om sömn var begränsad. Istället resonerade de att frågor kring sömn bättre kunde hanteras av andra yrkesgrupper på kliniken (dock framkom inte specifikt vilka andra yrkesgrupper som då skulle ta detta ansvar). Vidare fanns det en övertygelse bland sjuksköterskorna om att sömnen är viktig för patienterna, särskilt efter utskrivning, för att hjärtstoppsöverlevaren då ska kunna orka med ett dagligt liv.

Diskussion och slutsats

Resultatet visade att det finns flera olika sätt att förstå och reflektera över hjärtstoppspatienters sömn, vilket åskådliggjorts genom tre roller:

Den oreflekterande, där attityder och föreställningar om sömn och hälsotillståndet hindrade sjuksköterskan från att reflektera över eller initiera sömnförbättrande åtgärder. En normalisering av dålig sömn gjordes och det blev till en icke-fråga ur omvårdnadssynpunkt.

Observatören var uppmärksam på patientens sömn och beteenden under vårdtiden och kunde övergå i nästa roll, *Den handlingskraftiga*, som både kunde ge sömnförbättrande råd och medicinerung. Genomgående i resultatet var dock att sjuksköterskorna var osäkra på sitt handlingsutrymme och sin kompetens gällande att ge råd och åtgärder för att förbättra sömn. Men det kan också förstås ur perspektivet att många sjuksköterskor inte visste på vilket sätt de skulle agera för att minimera sömnproblem. Detta har belysts tidigare, inte

minst av Gellerstedt et al., (2019) som i en intervjustudie med sjuksköterskestudenter visade att sömnen är helt bortglömd eller given låg prioritet inom somatisk vård. Detta förklarades delvis av brist på tid och att utföra vård enligt rutiner prioriterades framför en individuellt anpassad vård. Men också, otillräcklig utbildning om sömn under grundutbildningen för sjuksköterskor. Detta kan leda till att sjuksköterskor använder sin egen erfarenhet istället för evidensbaserad kunskap inom området, eller att de väljer att undvika ämnet helt och hållet (Gellerstedt et al., 2019).

Vid uppföljning 3 till 6 månader efter hjärtstoppet berördes inte sömn rutinemässigt om inte patienterna själva tog upp frågan, då frågor om sömn inte fanns med i det protokoll som användes vid uppföljningen. Däremot kunde symptom som depression eller ångest vid uppföljningen, eller observerad sömnapné under vårdtiden, leda till att initiativ till uppföljning av sömnen togs. Sjuksköterskorna ansåg själva att de kunde för lite om sömnproblem för att på ett bra sätt kunna adressera dessa.

Effekterna av sömnbrist på det kardiovaskulära systemet är inte helt klarlagda men både kvalitet och kvantitet av sömn är av betydelse för att upprätthålla normal kardiovaskulär funktion. Sömnbrist hos exempelvis intensivvårdspatienter har visat sig kunna orsaka delirium (dvs. ett akut tillstånd av mental förvirring). Det finns också forskning som indikerar att sömnbristen även skulle kunna påverka vasokonstriktion och därmed höja det diastoliska blodtrycket. En försämrad sömnkvalitet är vidare förknippad med depression, påverkan av patienternas minne och uppmärksamhet (Al Mutair et al., 2020), liksom metabola störningar (Cappuccio & Miller, 2017), ökad sympatisk aktivitet, och påverkat immunförsvar (Irwin et al., 2016; Zhong et al., 2005).

Sjuksköterskorna i studien uppfattade att hjärtstoppspatienterna ofta upplevde oro nattetid, tillsammans med existentiella frågor och

rädsla för att drabbas av ännu ett hjärtstopp. Mattiussi et al. (2019) beskriver att intensivvårdspatienter generellt kan uppleva starka känslor nattetid, av exempelvis rädsla, oro eller att vara desorienterad i tid och rum, vilka samtliga har rapporterats störa sömnkvaliteten. Ljud av alarm kan upplevas skrämmande då det kan indikera att något inte står rätt till, likaså finns en rädsla för att sova på en plats där döden känns påtaglig; såväl som rädsla eller oro för att aldrig vakna igen (Mattiussi et al., 2019).

I föreliggande studie uppfattade sjuksköterskorna att patienternas sömn främjades av att få ha en lampa tänd eller dörren ut till korridoren öppen. Detta kan låta paradoxalt, då det i andra studier ofta lyfts av patienter själva, att ljud och ljus är de faktorer som främst stör deras sömn på intensivvårdsavdelning (Al Mutair et al., 2020; Martinez et al., 2022). Samtidigt kan ljud uppfattas som acceptabla av patienten, då de kan bidra till att förankra patienten i en verklig och begriplig värld. Exempel på acceptabla ljud kan vara sjuksköterskors låga och lugna röster, eller det rytmiska ljudet från en ventilator, ljud som rapporterats underlätta sömnen (Martinez et al., 2022).

Det finns teoretiska modeller gällande uppkomsten av traumautlöst insomni, där traumatiska händelser antas leda till ett tillstånd av ökad vaksamhet (arousal) av olika slag, såsom fysiologiska, kognitiva och emotionella, vilka i sin tur kan utlösa insomni. Vidare kan insomnisymtomen ytterligare förstärka vaksamheten, och så kan det fortgå i en ond spiral. Hos de flesta patienter försvinner dock insomnin spontant, parallellt med andra trauma- och stressrelaterade symptom under loppet av några veckor. Men vissa patienter får kvarvarande stressrelaterade symptom (Werner et al., 2021). Detta hade också iakttagits av sjuksköterskorna i föreliggande studie, där de berättade om att patienter fortfarande hade fragmenterad sömn eller mardrömmar 3 till 6 månader efter hjärtstoppet.

Werner et al. (2021) föreslår att rädsla för att somna kan vara en bidragande faktor till att en traumautlöst insomni upprätthålls. Rädsla för att somna kan beskrivas som en känslomässig upplevelse av rädsla i relation till sömn, dysfunktionella föreställningar om säkerhet under sömnen, förlust av kontroll och upplevelsen av mardrömmar, samt ett missanpassat beteende relaterat till rädsla (t.ex. undvikande av att sova, hålla lamporna tända). Rädsla för att somna kan eventuellt utvecklas som en konsekvens av påträngande minnen, mardrömmar samt en känsla av aktuellt hot trots att själva traumat ligger i det förflutna (Werner et al., 2021).

Det besvärliga i situationen är att sömn innebär ett tillstånd där en nedsatt förmåga att övervaka omgivningen, och att ge upp kontrollen och minska vaksamheten är nödvändigheter för att somna. Samtidigt är det kanske just i dessa aspekter som sjuksköterskan på vårdavdelningen kan hjälpa patienten, genom att hitta sätt att ingjuta trygghet och säkerhet.

Föreliggande studie lär oss att vi som sjukvårdspersonal behöver förbättra våra kunskaper om sömn i allmänhet och att reflektera över och bättre känna igen sömnstörningar hos hjärtstoppöverlevare, för att undvika långvariga problem hos patienterna. Nedan listas några kliniska implikationer för sjuksköterskor, samtidigt betonas att ytterligare forskning kring sömnen hos överlevare av hjärtstopp och möjliga interventioner behöver göras.

Kliniska implikationer för sjuksköterskor

- Införande av sömnprotokoll som reglerar rutiner för vårdandet så att störande faktorer kan minimeras.
- Utbildning om sömn till vårdpersonal kan öka förståelsen för hur sömnproblem kan uppkomma och hanteras genom omvårdnad, medicinska insatser eller genom att reducera antalet onödiga störande faktorer.
- Vid akuta sömnproblem kan det vara aktuellt med hypnotika för att undvika utveckling av exempelvis delirium, exempelvis Circadin eller Zopiklon. Vid sömnproblem relaterade till oro/ångest kan exempelvis Heminevrin ges. Här kan olika kliniker ha olika rekommendationer, varför man alltid ska se till de rutiner som gäller vid den egna arbetsplatsen.
- Dagtid kan man, beroende på patientens tillstånd, uppmuntra till vakenhet men också diskutera sömnsituationen inför den kommande natten.
- Då sömnproblem kan kvarstå hos hjärtstoppspatienter även i ett längre perspektiv, är det viktigt att fånga upp detta under uppföljningen.
- Det finns evidens för att KBT-I tillsammans med mardrömsfokuserade behandlingar kan ha god effekt vid traumautlösta sömnproblem, vilket kan vara aktuellt då patienten är färdigbehandlad på sjukhuset.



Amanda Hellström höll en uppskattad föreläsning på Sömn och Hälsas konferens i oktober 2022.

Kontakt: amanda.hellstrom@lnu.se

Referenser

- Al Mutair, A., Shamsan, A., Salih, S., & Al-Omari, A. (2020). Sleep Deprivation Etiologies Among Patients in the Intensive Care Unit: Literature Review. *Dimensions of critical care nursing: DCCN*, 39(4), 203–210. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000422>
- Cappuccio, F. P., & Miller, M. A. (2017). Sleep and Cardio-Metabolic Disease. *Current cardiology reports*, 19(11), 110. <https://doi.org/10.1007/s11886-017-0916-0>
- Irwin, M. R., Olmstead, R., & Carroll, J. E. (2016). Sleep Disturbance, Sleep Duration, and Inflammation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies and Experimental Sleep Deprivation. *Biological psychiatry*, 80(1), 40–52. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.05.014>
- Javaheri, S., & Redline, S. (2017). Insomnia and Risk of Cardiovascular Disease. *Chest*, 152(2), 435–444. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.01.026>
- Khan, M. S., & Aouad, R. (2017). The Effects of Insomnia and Sleep Loss on Cardiovascular Disease. *Sleep medicine clinics*, 12(2), 167–177. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.01.005>
- Ludka, O., Konecny, T., & Somers, V. (2011). Sleep apnea, cardiac arrhythmias, and sudden death. *Texas Heart Institute journal*, 38(4), 340–343.
- Martinez, F. E., Poulter, A. L., Seneviratne, C., Chrimes, A., Havill, K., Balogh, Z. J., & Paech, G. M. (2022). ICU Patients' Perception of Sleep and Modifiable versus Non-Modifiable Factors That Affect It: A Prospective Observational Study. *Journal of clinical medicine*, 11(13), 3725. <https://doi.org/10.3390/jcm11133725>

Mattiussi, E., Danielis, M., Venuti, L., Vidoni, M., & Palese, A. (2019). Sleep deprivation determinants as perceived by intensive care unit patients: Findings from a systematic review, meta-summary and meta-synthesis. *Intensive & critical care nursing*, 53, 43–53. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.03.006>

Serizawa, N., Yumino, D., Kajimoto, K., Tagawa, Y., Takagi, A., Shoda, M., Kasanuki, H., & Hagiwara, N. (2008). Impact of sleep-disordered breathing on life-threatening ventricular arrhythmia in heart failure patients with implantable cardioverter-defibrillator. *The American journal of cardiology*, 102(8), 1064–1068. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2008.05.057>

Sjöström, B., & Dahlgren, L. O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of advanced nursing*, 40(3), 339–345. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x>

Werner, G. G., Riemann, D., & Ehring, T. (2021). Fear of sleep and trauma-induced insomnia: A review and conceptual model. *Sleep Medicine Reviews*, 55, 101383. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.101383>

Zhong, X., Hilton, H. J., Gates, G. J., Jelic, S., Stern, Y., Bartels, M. N., Demeersman, R. E., & Basner, R. C. (2005). Increased sympathetic and decreased parasympathetic cardiovascular modulation in normal humans with acute sleep deprivation. *Journal of applied physiology* (Bethesda, Md.: 1985), 98(6), 2024–2032. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00620.2004>