



LUNDS  
UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Patienters påfrestande minnen från vårdtiden på IVA - en enkätstudie

Författare: Therése Hallberg och Kaisa Östlund

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats

Hösten 2014

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning Box 157, 221 00 LUND

# Patienters påfrestande minnen från vårdtiden på IVA - en enkätstudie

Författare: Therése Hallberg och Kaisa Östlund

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats

Hösten 2014

## Abstrakt

Patienter som vårdas på IVA kan på grund av sin svåra situation uppleva olika former av obehag. Då många är intuberade har de ofta problem att förmedla sig till personalen vilket kan göra upplevelsen av vårdtiden påfrestande som de sedan bär med sig i form av minnen. Syftet med studien var att beskriva tidigare intensivvårdspatienters påfrestande minnen från vårdtiden. En kvantitativ retrospektiv studie gjordes där tidigare intensivvårdspatienter två månader efter utskrivning fick fylla i en enkät där de fick gradera olika påfrestande upplevelser som de mindes från vårdtiden. Av 177 deltagare var det 70 % som mindes sin vårdtid och majoriteten av dessa hade vårdats längre än 4 dygn. De mest frekvent förekommande minnena var överkliga upplevelser, törst och att inte kunna prata. De mest påfrestande minnena var dåligt bemötande, panik och svårt att få luft. Med ökad kunskap och förståelse om hur dagens intensivvårdspatienter upplever vårdtiden kan man minska lidande och öka komforten hos framtida intensivvårdspatienter.

## Nyckelord

Intensivvård, påfrestning, minnen, komfort.

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Introduktion.....	3
<i>Problemområde</i> .....	3
<b>Bakgrund</b> .....	4
<i>Perspektiv och utgångspunkter</i> .....	4
<i>Miljön på en intensivvårdsavdelning och IVA stressorer</i> .....	5
<i>Psykologisk påverkan och IVA-delirium</i> .....	7
<i>Sedering av intensivvårdspatienten</i> .....	8
<i>Omvårdnad av intensivvårdspatienten</i> .....	8
<i>Syfte</i> .....	10
<i>Specifika frågeställningar</i> .....	10
<b>Metod</b> .....	10
<i>Urval</i> .....	11
Bortfall .....	11
<i>Undersökningsinstrument</i> .....	12
<i>Datainsamling</i> .....	13
<i>Analys av data</i> .....	13
<i>Forskningsetiska avvägningar</i> .....	14
<b>Resultat</b> .....	15
<i>Vanliga minnen</i> .....	15
<i>Påfrestande minnen</i> .....	16
<i>Minnen och vårdtid</i> .....	17
<i>Störande minnen senaste veckan</i> .....	18
<i>Positiva minnen</i> .....	18
<b>Diskussion</b> .....	19
<i>Metoddiskussion</i> .....	19
Urval .....	19
Undersökningsinstrument .....	20
Datainsamling .....	21
Analys .....	21
Studiens interna och externa validitet .....	22
<i>Resultatdiskussion</i> .....	22
<b>Konklusioner och implikationer</b> .....	26
<b>Referenser</b> .....	27
Bilaga 1 .....	31
Bilaga 2 .....	32
Bilaga 3 .....	33
Bilaga 4 .....	34

# Introduktion

## *Problemområde*

Patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning är svårt sjuka och ofta sederade och intuberade. Patienterna kan därmed ha svårt för att förmedla sig och få kontakt med personalen vilket kan leda till stor ångest och rädsla hos patienten. Både svenska och utländska studier har gjorts för att ta reda på hur tidigare patienter har upplevt vårdtiden på intensivvårdsavdelningen (IVA). Dessa studier visar att intensivvårdspatienter upplever mycket påfrestningar såsom törst, lufthunger, sömnsvårigheter, hallucinationer, smärta, oro och ångest och svårigheter att kommunicera (Hweidi, 2005; Magarey & McCutcheon, 2005; Russel, 1999; Puntillo et al., 2010, Samuelson et al., 2007 & Samuleson, 2011).

Studier som tar reda på hur patienter upplever IVA-vårdtiden är viktiga och kan ge värdefull information till intensivvårdssjuksköterskan. För med ökad kunskap och förståelse för patienternas upplevelse kan sjuksköterskan lindra de obehagliga och påfrestande upplevelserna samt öka komforten för patienten.

Tidigare studier har också visat att patienter som vårdats på IVA även har upplevt sådant som har underlättat vårdtiden (Samuelson, 2011). Finns det något som har underlättat vårdtiden kan det vara värdefullt för vårdpersonalen att känna till det för att kunna lindra de många påfrestande upplevelser som dessa patienter utsätts för.

Intensivvården skiljer sig världen över och det sker kontinuerligt en utveckling av intensivvården med ny teknik och nya läkemedel. Det finns inte så många nyare svenska studier inom området och därför är det viktigt att ständigt uppdatera forskningen med svenska studier för att ta reda på vad patienter upplevt som påfrestande på en intensivvårdsavdelning i Sverige.

# Bakgrund

## *Perspektiv och utgångspunkter*

Intensivvårdspatienten är en skör och utsatt patient. Svårigheter att kunna förmedla sig och sina behov leder till stor hjälplöshet och frustration och gör patienten beroende av personalens omvårdnad (Samuelson, Lundberg & Fridlund, 2007). Författarna har valt att utgå från ett omvårdnadsperspektiv som fokuserar på att öka patientens komfort och att minska lidandet. Som omvårdnadsperspektiv i denna studie har Katherene Kolcabas teori om omvårdnad valts där hon belyser vikten av att öka patientens komfort för att förbättra upplevelsen av vården. När Kolcaba (2002) definierar ordet komfort och dess innebörd för sjuksköterska och patient så berör hon tre olika termer; relief, ease och transcendence. Med relief menas att sjuksköterskan med speciella metoder hjälper till att ta bort det som patienten upplever som obehagligt. Ordet ease är frånvaron av speciella obehag, att sjuksköterskan ligger steget före och med hjälp av erfarenheter och kunskap kan förebygga att obehag uppstår. Den sista termen benämner Kolcaba som transcendence och med detta menar hon att allt obehag som en patient utsätts för kanske inte går att eliminera. Sjuksköterskan ska då, genom att motivera och stödja patienten, hjälpa denna att klara av och hantera dessa obehag. Genom transcendence kan patienten uppleva komfort trots samtidig upplevelse av obehag. Detta kan intensivvårdssjuksköterskor använda i sitt arbete med patienten och komfort kan upplevas trots att patienten inte är helt fri från obehag.

Kolcaba menar vidare att man vid dessa komfortstrategier ska ta hänsyn till de fysiska, psyko-spirituella och sociokulturella aspekterna men att även miljön spelar stor roll. Med den fysiska aspekten menas de grundläggande fysiologiska mekanismerna för välbefinnande. De psyko-spirituella aspekterna handlar om behovet av motivation och att känna sig väl omhändertagen för att kunna utöva transcendence. Med den sociokulturella aspekten menas behovet av coachning och en attityd av att ”du klarar detta”. Inom denna aspekt belyser även Kolcaba vikten av kontinuerlig information genom alla procedurer. En annan aspekt att ta hänsyn till när man vill främja komfort är miljön. Det handlar om till exempel ljud, ljus, bekväm position i sängen och att med dessa åtgärder kunna främja en vilsam och trevlig miljö för patienten (Kolcaba, 2002).

Kolcabas teori går väldigt bra att applicera på en intensivvårdspatient och med mer kunskap om vad patienten minns som påfrestande under vårdtiden så kan intensivvårdssjuksköterskor förebygga och lindra obehag samt öka komforten för patienterna.

### *Miljön på en intensivvårdsavdelning och IVA-stressorer*

Miljön på en intensivvårdsavdelning kan för många upplevas som överväldigande med mycket medicinteknisk utrustning, sladdar till övervakning, många pågående infusioner, ljud som låter och ljus som blinkar. Arbetstempot kan emellanåt vara högt och akuta situationer kan inträffa (Stubberud, 2009). Studier visar att miljön på IVA är påfrestande för patienterna som utsätts för främmande apparatur, höga och obehagliga ljud, ljus och lukter (Samuelson, 2011). Då IVA-patienter av olika anledningar inte kan kommunicera adekvat står man som vårdpersonal inför en stor utmaning. I Puntillos (2010) studie har man under IVA-vårdtiden intervjuat och observerat 171 patienter och resultatet visar att majoriteten av patienterna hade obehagliga och stressfulla upplevelser. Det som framkom som mest påfrestande var lufthunger, rädsla och förvirring, tätt följt av smärta och nedstämdhet.

Även i studier av Samuelson (2011) och Samuelson et al. (2007) har man funnit att upplevelser såsom törst, obehag av trachealtuben, att inte kunna förmedla sig och svårigheter att somna har upplevts som obehagliga. Att som intensivvårdssjuksköterska ha kunskap om vad patienterna lider mest av under sin vårdtid är viktigt för att kunna bedriva god omvårdnad utifrån dessa speciella premisser.

Flertalet intensivvårdspatienter behandlas med ventilatorstöd och detta görs antingen med hjälp av en trachealtub, tracheostomi eller en mask som sitter tätt intill ansiktet som används för non invasiv ventilation. Detta kan ge obehag i form av smärta från trachealtuben, känsla av att inte få luft, obehag i form av att inte kunna prata och panik då masken sitter för ansiktet och blåser luft. Då patienter är i behov av ventilatorstöd kan det förekomma en del sekret i luftvägarna som behöver rensugas. Detta kan skapa obehag hos patienten i form av smärta men också lufthunger då man vid proceduren suger upp luften ur luftvägen (Gulbrandsen och Stubberud, 2009). Törst och muntorrhet är ett vanligt förekommande problem hos intuberade patienter och hos patienter med non invasiv ventilation. De intuberade patienterna kan inte stänga munnen då tuben sitter i vägen och de maskbehandlade patienterna kan bli torra i munnen då det konstant blåser luft.

För intensivvårdspatienten kan det finnas flera olika faktorer som bidrar till att skapa smärta hos patienten. Det kan till exempel vara sjukdomstillståndet eller skadan i sig, trachealtub, urinkateter, och ventrikelsond som skaver och långvarigt sängläge som ger värk i kroppen. Flera studier, bland annat Engström et al. (2012), visar att smärta är vanligt förekommande hos intensivvårdspatienter. Berntzen, Danielson och Almås (2011) menar att sjuksköterskan inte alltid kan se på patientens ansiktsuttryck och kroppsspråk om han eller hon är smärtpåverkad och det kan därför vara svårt för sjuksköterskan att göra rätt bedömning av patientens upplevelse. Alla sjuksköterskor har olika kunskaper om smärta och har olika erfarenheter med sig vilket kan göra att de avläser patientens signaler på olika sätt. Enligt Novaes et al. (1997) var smärta och svårigheter att sova stora bekymmer för denna patientgrupp. Även Russel (1999) fann att smärta och sömnlöshet var de största fysiska stressorerna för patienterna.

Novaes et al. (1997) fann i sin studie att de främsta fysiska stressorerna bland 50 intensivvårdspatienter var smärta och svårigheter att sova på grund av trachealtuben och störande ljud. Enligt Drouot, Cabello, d'Ortho och Brochard (2007) är miljön på en intensivvårdsavdelning ofta störande för patienterna som ofta får svårt att sova eller får sömnen störd. Patienten störs av yttre faktorer som själva IVA-miljön skapar med till exempel hög ljudnivå. Vanligtvis vaknar man av en ljudnivå på 45 dB, vilket motsvarar lågmålt tal. Ett plastemballage som öppnas motsvarar 60-90 dB (Gulbrandsen & Stubberud, 2009). Ljuset är också en källa till störd sömn. Produktionen av hormonet melatonin som är med och reglerar kroppens dygnsrytm hämmas av ljus. Det är därför viktigt att försöka göra skillnad på dag och natt. En stor orsak till störd sömn hos IVA patienterna är smärta, stress och ångest vilket gör det svårt att somna eftersom smärta ger ökad sympatikusaktivitet och hjärnan hela tiden blir stimulerad av stresshormoner. Läkemedel kan också störa patientens sömn. Till exempel bensodiazepiner, opioider och sedativa läkemedel förkortar djupsömnen och därmed blir patientens sömn mer ytlig. Betablockerare, sympatikusstimulerande läkemedel och kortison är läkemedel som kan leda till sömnlöshet (Gulbrandsen och Stubberud, 2009).

## *Psykologisk påverkan och IVA-delirium*

Enligt en studie gjord av Novaes et al. (1997) var de största psykologiska stressorena att tappa kontrollen över sin kropp och att känna sig fastbunden av slangar. Det framkom även att en stor psykologisk påfrestning för dessa patienter var att inte veta eller få information om procedurer, behandling och sjuksköterskornas attityder.

På grund av det fysiska och psykiska trauma som intensivvårdspatienten utsätts för kan vissa patienter utveckla ett akut förvirringstillstånd som ofta benämns som IVA-delirium.

Tillståndet kan uppstå hos 15-60% av alla intensivvårdspatienter och är vanligast hos äldre människor (Stubberud, 2009). IVA-delirium kan utvecklas tidigt i vårdförloppet på bara några timmar men kan också utvecklas över tid. Symtomen ses som personlighetsförändring med nedsatt kognitiv funktion och förändrad sinnestämning och patienten blir ofta desorienterade och reagerar sämre på yttre stimuli. Ofta förekommer vanföreställningar och hallucinationer och patienten kan te sig aggressiv och utåtagerande. Det förekommer dock patienter som drabbas av IVA-delirium som ter sig hypoaktiva och dessa patienter kan vara svåra att diagnostisera. Symtom som är typiska för IVA-delirium är akut begynnande eller växlande förändringar i patientens mentala beteende, ouppmärksamhet, virrigt tankemönster och förändrad medvetandenivå. Behandlingen av IVA-delirium innefattar såväl farmakologisk behandling med antipsykotika och lugnande och ångstdämpande läkemedel som icke farmakologisk behandling som sömn, lugn och ro och trygghet (a.a). Enligt Guttormson (2014) är överkliga upplevelser såsom hallucinationer, mardrömmar och desorientering vanligt hos patienter som vårdats på en intensivvårdsavdelning och förekommer hos 26 % - 75 % av patienter som varit svårt sjuka.

Patienter som har minnen av överkliga upplevelser har större risk att få posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ångest och depression. I en studie av Samuelson, Lundberg och Fridlund (2006) fann man att patienter med längre vårdtid och som var mer ytligt sederade led av mer överkliga minnen.

Personer som vårdats på en intensivvårdsavdelning kan uppleva både inläggning och vårdtid som traumatiskt och i vissa fall uppvisar patienter efter utskrivning tecken på posttraumatiskt stressyndrom (Granja et al., 2008). Det är ett tillstånd hos en person som varit utsatt för mycket påfrestande upplevelser och stark stress och där händelserna varit extremt hotfulla eller katastrofala. Tecken på att en någon drabbats av PTSD är att personen återupplever händelsen och antar ett undvikande beteende för att inte minnas de plågsamma händelserna



(Ottoosson, 2009). Enligt en studie av Granja et al. (2008) kan upp till 31 % av intensivvårdspatienterna drabbas av PTSD och hälften av patienterna visa symtom på PTSD. Jones et al. (2001) visade i sin studie att patienter som inte hade några minnen alls ifrån IVA, men som led av överkliga minnen 2 veckor efter utskrivning löpte stor risk att utveckla PTSD och panikattacker. Granja et al. (2008) fann även att amnesi för den första tiden efter inläggning hörde samman med graden av symtom på PTSD, vilket även kan höra ihop med sjukdomens svårighetsgrad.

### *Sedering av intensivvårdspatienten*

De flesta patienter som befinner sig på IVA behöver någon form av sedering och analgesi för att klara av den behandling som denne utsätts för (Samuelson, 2003). Samuelson (2003) kartlade sederingsregimen nationellt i Sverige och 63 % av intensivvårdsavdelningarna svarade att tung sedering var mest förekommande. I samma studie rapporterades att bara 16 % använde sederingsskalor för utvärdering. Tung sedering kan medföra flera biverkningar som lågt blodtryck, immobilitet och risk för proppar, trycksår och lungkomplikationer (Gulbrandsen och Stubberud, 2009).

I en annan studie av Samuelson, Lundberg och Fridlund (2006) har forskarna tittat på sambandet mellan minnen och djup av sedering hos vuxna mekaniskt ventilerade intensivvårdspatienter. Man fann då att av de patienter som inte hade något minne alls av vårdtiden (18 %) var tungt sederade och ofta hade högre ålder än de som hade minnen från vårdtiden.

### *Omvårdnad av intensivvårdspatienten*

Att vårdas på en intensivvårdsavdelning kan innebära att patienten blir fråntagen all sin autonomi på grund av svår sjukdom, skada eller behandling, vilket medför att patienten inte kan medverka eller ge godkännande till behandling. Många patienter förlorar en stor del av kontrollen över sin situation och att vårdas på IVA innebär även att patienten förlorar en del av sin integritet. Hur patienterna upplever sin situation beror på de psykosociala reaktioner och behov som denne har i den aktuella situationen. En patients reaktion på sjukhusvistelsen beror på personens möjlighet till förberedelse. Inläggningen på en intensivvårdsavdelning sker

oftast under akuta omständigheter där personen inte har någon möjlighet att förbereda sig (Fagermoen, 2002).

Patienten har ofta ett stort behov av information om sin aktuella situation. Om patienten inte har tillräcklig information om sjukdomen, behandlingen och (bi-) verkningarna, kan detta vara en källa till ångest och osäkerhet. Det patienten inte känner till är det lätt att han eller hon ligger och funderar och oroar sig för (Eide & Eide, 2008). Enligt Fagermoen (2002) ökar uppmärksamheten på den egna kroppen när man är sjuk och patienten intresserar sig bara för sig själv och sin kropp. Att ensam befinna sig i en ny och främmande miljö med en bristande kunskap om sitt tillstånd och om det som sker runt omkring, kan lätt leda till otrygghet för patienten. I en studie av Samuelson (2011) framgår det att patienterna upplever bristande information om sitt tillstånd som en källa till dödsångest och rädsla över vad som sker.

För att bedriva god omvårdnad av en IVA-patient är det viktigt med information anpassat för situationen och patientens tillstånd för att minska upplevelsen av oro och stress. Enligt Engström, Nyström, Sundelin och Rattray (2012) är en viktig del i omvårdnadsarbetet att få patienten att känna sig trygg och välinformerad. Det är också betydelsefullt för patienterna med kontinuitet bland personalen eftersom de kan lära sig att tolka patientens signaler och då lättare kunna hjälpa patienten. I en studie av Magarey och McCutcheon (2005) fann man att hälften av deltagarna, som var patienter inlagda på intensivvårdsavdelningen, mindes att sjuksköterskorna pratade med dem och 71 % av dessa fann detta betryggande. Enligt författarna till ovan nämnda studie är ”caring nursing” en viktig del i att patienterna känner trygghet och support. De menar att sjuksköterskor måste vara medvetna om att de genom att orientera patienterna, förklara rutiner och genom att uppmuntra anhöriga att vara nära, kan minska patienternas upplevelse av stress och obehag. Detta styrks även genom resultatet i en studie av Samuelson (2011) där deltagarna beskrivit att personalens engagemang och kompetens, samt mänskliga närvaro ingivit stor trygghet.

Det finns således många åtgärder för en intensivvårdssjuksköterska att vidta för att förbättra patientens upplevelse av vårdtiden och minska lidandet.

I enlighet med Kolcabas (2002) teori om komfort så finns det, framförallt med ökad kunskap om patientens situation, många strategier som skulle kunna genomföras för att förebygga och minska patientens obehag och genom ett professionellt bemötande kunna hjälpa patienten genom dessa utmaningar. För att få ökad kunskap och förståelse för patientens situation behövs det studier som tar reda på hur dessa patienter upplever sin situation under vårdtiden.

## Syfte

Syftet med studien var att beskriva patienters påfrestande minnen från vårdtiden på en intensivvårdsavdelning.

## Specifika frågeställningar

Studien utgick från följande frågeställningar:

1. Vad minns patienterna som påfrestande under vårdtiden?
2. Finns det några samband mellan förekomst av minnen och vårdtid?
3. Finns det något som har underlättat vårdtiden för patienten?

## Metod

Till denna studie valdes en kvantitativ ansats. En enkät användes som ger numerisk data och denna typ av data lämpar sig bättre för kvantitativ analys (Polit & Beck, 2006).

Datansamlingen utgick från insamlat material bestående av 177 enkäter som besvarats av personer som vårdats på en intensivvårdsavdelning i södra Sverige under år 2012 – 2014. Cirka två månader efter utskrivningen från intensivvårdsavdelningen kallas patienterna till ett uppföljningssamtal. Två sjuksköterskor som är kopplade till intensivvårdsavdelningen ansvarar för uppföljningen och delar i samband med samtalet ut en enkät där de tidigare intensivvårdspatienterna får fylla i om de minns någon påfrestande upplevelse från vårdtiden och därefter gradera dessa upplevelser som kan ha uppstått. De patienter som två månader efter utskrivning från intensivvårdsavdelningen hade möjlighet att medverka vid uppföljningssamtalet fick frivilligt fylla i enkäten.

Studien är retrospektiv eftersom enkäten fylls i två månader efter utskrivningen från intensivvårdsavdelningen.

## Urval

Inklusionskriterier var patienter som var över 18 år, som vårdats på intensivvårdsavdelningen i mer än två dygn och som varit på uppföljningssamtal hos sjuksköterskor två månader efter utskrivning från IVA. De patienter, som enligt vårdande personal, visat behov av uppföljning samt alla hjärtstopp oavsett vårdtid var inkluderade. Urvalet innefattade både patienter som varit intuberade respektive icke intuberade.

De patienter som exkluderades var patienter som inte kunde delta i uppföljningssamtalet på grund av svår sjukdom, skallskada, språkförbristningar, kognitiv svikt samt de som avlidit.

## Bortfall

Under maj 2012 till juni 2014 fanns 1 604 vårdtillfällen på den aktuella intensivvårdsavdelningen. Av dessa exkluderas 1 024 patienter då de hade vårdats i mindre än 48 timmar. Av de återstående 580 patienterna avled 104 patienter och ytterligare 169 exkluderades på grund av svår sjukdom, skallskada, språkförbristning eller kognitiv svikt. Till uppföljning kallades 307 patienter varav 120 patienter avbokade, avböjde eller inte dök upp, 10 patienter fick uppföljning på annan intensivvårdsenhet och dessa 130 patienter representerar det externa bortfallet (Ejlertsson, 1996). Slutligen blev 177 enkäter ifyllda på uppföljningssamtalet. Flödet av patienter är inte exakt utan får ses som en grov uppskattning eftersom exakta siffror inte gick att få fram. Det gick endast att få information om antal vårdtillfällen och där kan finnas återinläggningar för samma patient. Informationen angående vårdtillfällen och vårdtid är hämtad från PasIva, resterande information är hämtad från uppföljningssjuksköterskorna och är en uppskattning. Se flödesschema i bilaga 1.

Av de patienter som kom till uppföljningssamtalet och fyllde i enkäten finns ytterligare bortfall av de enkäter som av olika anledningar är ofullständigt ifyllda, dessa kom att bli tre stycken. Dessa deltagare har fyllt i att de hade minnen, men har inte fyllt i någon gradering. I den jämförande delen där vårdtid ingår som variabel finns två bortfall då vårdtiden inte gick att få fram. Därav finns det en skillnad i antalet (n) i resultatet mellan den deskriptiva statistiken och den jämförande delen.

## *Undersökningsinstrument*

Enkäten har karaktär av en checklista där patienterna fick fylla i om de mindes olika upplevelser och därefter gradera hur påfrestande dessa upplevelser var under vårdtiden på intensivvårdsavdelningen. Enkäten heter MAC-ICU (Memory Assessment Checklist – Intensive Care Unit) och är framtagen och utvecklad av docent Karin Samuelson.

För att få tillräckligt stort underlag valde vi att sammanställa resultatet från enkäter med tre olika utformningar. Enkäterna har ändrats i design över tid av Karin Samuelson eftersom de har behövts förbättras och förenklas.

Den första och äldsta enkäten har 23 alternativ där patienten först får kryssa i om de minns de specifika upplevelserna och därefter ska minnet graderas i siffror i hur påfrestande patienten minns det som, se bilaga 2.

Så här skulle upplevelserna i första enkäten graderas:

- 0= Inte alls påfrestande
- 1= Lite grand påfrestande
- 2= Måttligt påfrestande
- 3= Ganska mycket påfrestande
- 4= Våldigt mycket påfrestande

I den andra enkäten är alternativen färre eftersom vissa alternativ med liknande betydelse har slagits ihop till ett och samma alternativ, till exempel mardrömmar och hallucinationer slogs ihop till överkliga upplevelser. Även i denna enkät ska patienterna grader sitt obehag i siffror, se bilaga 3.

Så här skulle upplevelserna i den andra enkäten graderas:

- 1= Lite grand påfrestande
- 2= Måttligt påfrestande
- 3= Ganska mycket påfrestande
- 4= Extremt påfrestande

I den tredje och senaste enkäten ska inte upplevelserna längre graderas i siffror. Där får patienten istället sätta ett kryss i den ruta som passar in på obehaget av upplevelsen. Det finns tre alternativ; Lite påfrestande, Måttligt påfrestande och Extremt påfrestande, se bilaga 4.

De tre alternativen omvandlades av oss till siffrorna 1-3, enligt nedan:

- 1 = Lite påfrestande
- 2 = Måttligt påfrestande
- 3 = Extremt påfrestande

Eftersom det i den tredje enkäten endast finns tre alternativ valde vi, för att kunna sammanställa resultatet från alla tre enkäterna, att slå ihop siffrorna tre och fyra i den första och andra enkäten till en trea.

I den andra och tredje enkäten lämnas utrymme för patienterna att fylla i om det funnits något som underlättat deras vårdtid.

I alla tre enkäterna finns en fråga om dessa minnen har varit störande för patienten under den senaste veckan.

### *Datainsamling*

Enkäterna har under åren 2012-2014 löpande fyllts i och samlats in av de sjuksköterskor från den aktuella intensivvårdsavdelningen som ansvarar för uppföljningssamtalet med den tidigare intensivvårdspatienten. Uppföljningssamtalet äger rum i närheten av intensivvårdsavdelningen där patienterna vårdats. De ifyllda och insamlade enkäterna har författarna, efter godkännande av uppföljningssjuksköterskorna, fått ta del av under oktober 2014 och totalt har 177 kodade enkäter blivit sammanställda.

Författarna har på intensivvårdsavdelningen fått tillgång till det lokala registret PostIVA där personnummer hämtats till de kodade enkäterna för att sedan få fram kompletterande information angående kön och vårdtid ifrån databasen PasIVA. Variabeln vårdtid valdes för att det finns tidigare forskning som visar på att vårdtid kan ha betydelse för patienters minnen av vårdtiden på IVA (Samuelson, Lundberg och Fridlund, 2006 & Capuzzo et al. 2001) och dels för att författarna var tvungna att avgränsa sig på grund av begränsad tid att genomföra studien. Kön valdes som en lämplig demografisk variabel.

### *Analys av data*

Analysen av data har skett i dataprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Ordinala variabler i form av de olika upplevelserna har förts in i systemet med

siffrorna 0-3 (0=inte alls påfrestande, 1=lite grand påfrestande, 2=måttligt påfrestande och 3=extremt påfrestande) utefter vad patienten har beskrivit på enkäten. Vid analys av de två första enkäterna där den tidigaste hade fler svarsalternativ och även graderingen 0-4 som står beskrivet under rubriken undersökningsinstrument, registrerades det högsta värdet på två liknande upplevelser så som mardrömmar och hallucinationer. Till exempel om en deltagare på första enkäten hade graderat mardrömmar till en tvåa och hallucinationer till en fyra, så valdes det högsta värdet som fördes in som en trea under variabeln ”overkliga upplevelser” i SPSS.

De deskriptiva ordinala variablerna presenteras i tabell både i procent, median och medelvärde. Nominaldata som kön, minne av vårdtiden (ja eller nej) och om minnena varit påfrestande för patienten senaste veckan presenteras i procent. För att få fram de minnen som upplevdes som mest påfrestande räknades ett medelvärde ut av det sammanlagda värdet på respektive minne (0-3 där 0= inte alls påfrestande och 3= extremt påfrestande). Medelvärde valdes att presenteras trots ordinal data för att tydligare belysa hur patienterna har graderat påfrestandningen av sitt minne. Vid gruppjämförelser presenteras i resultatet median alltid med första och tredje kvartilen inom parentes och medelvärde presenteras alltid med standard deviation (SD) inom parentes. Kvotvariabeln som lades in var vårdtid och i denna variabel fanns en stor spridning hos deltagarna där den kortaste vårdtiden var 19 timmar och den längsta var 980 timmar, medianen blev 96 timmar, materialet var således inte normalfördelat. Författarna valde att dela in deltagarna i en grupp med kort vårdtid och en grupp med lång vårdtid utefter medianen, vilket delar materialet i två delar. En hypotesprövning utfördes avseende minnen med vårdtid som gruppvariabel. För signifikansprövning användes Pearson Chi-square test och signifikansnivån bestämdes till 0,05.

### *Forskningsetiska avvägningar*

Studien har uppfyllt kraven i enlighet med vetenskapsrådets etiska riktlinjer (Vetenskapsrådet, 2011). Informationskravet uppfylls i samband med det frivilliga uppföljningssamtalet, där ansvarig sjuksköterska har informerat om studien och dess syfte.

Konfidentialitetskravet uppfylls genom att enkäterna är oidentifierade med koder och det krävs tillgång till ett specifikt register där enkäterna är registrerade för att få tillgång till personuppgifter. Det går inte heller att härleda den redovisade informationen till en viss

person. Samtyckeskravet uppfylls genom att alla patienter som vårdats på IVA får ett informationsblad vid utskrivning till vårdavdelning, där de informeras om att uppgifter från PasIVA lagras i SIR (Svenska Intensivvårds Registret) och att dessa kan användas till studier inom området. Om patienterna motsäger sig detta tas uppgifterna i registret bort. Dessutom inhämtas muntligt samtycke av uppföljningssjuksköterskorna i samband med utdelandet av enkäten. Nyttjandekravet uppfylls då uppgifterna endast kommer att användas till forskningsändamål. Dessutom är förhoppningen att forskningsändamålet skall komma framtida patienter till godo.

Informationsbrev om studien har skickats till verksamhetschefen på den aktuella intensivvårdsavdelningen som har godkänt studien. Även Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) har godkänt att studien genomförs.

## Resultat

Av de totalt 177 deltagarna kunde uppgifter om kön hämtas hos 176 deltagare då personnummer saknades hos en. Bland dessa var 60 % män (n=106) och 40 % kvinnor (n=70). Medianen på vårdtiden var 4 dygn (2.5-8.5). Av det totala antalet (n=177) som fyllde i enkäten hade 70 % (n=122) minnen från vårdtiden och 30 % (n=55) mindes ingenting alls. Av de 177 insamlade enkäterna fanns tre bortfall eftersom enkäterna inte var fullständigt ifyllda. Avseende variabeln vårdtid fanns 2 bortfall.

### *Vanliga minnen*

Av de 122 deltagare som hade minnen var det 58 % (n=71) som hade minnen av överkliga upplevelser såsom hallucinationer och mardrömmar. Detta var det minne som förekom mest frekvent. Därefter kom törst på 54 % (n=66), att ej kunna prata 42 % (n=51), svårt att få luft 40 % (n=49) och obehag av tuben 39 % (n=47).

De fem minst frekvent förekommande minnena var störande ljud/prat 22 % (n=27), obehagliga aktiviteter 21 % (n=26), störd sömn 21 % (n=25), sugning i luftvägar 17 % (n=21) och dåligt bemötande från personal på 7 % (n=8). Se tabell 1.



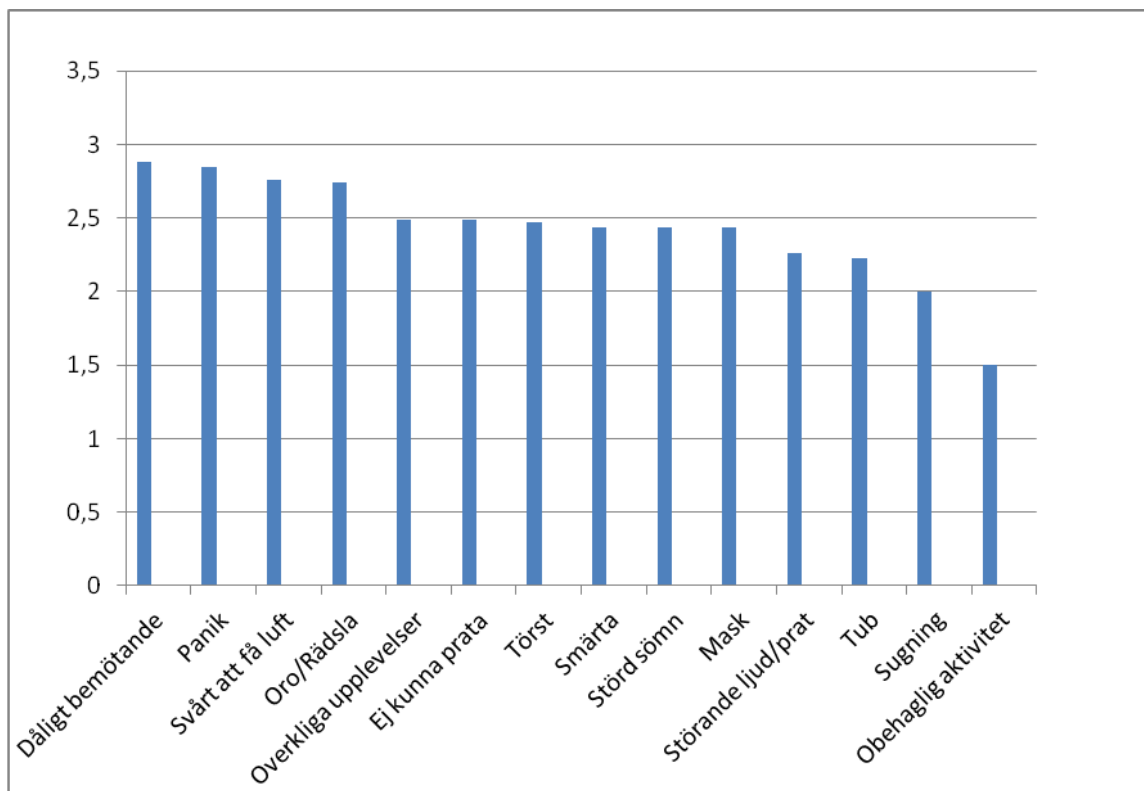
**Tabell 1.** Sammanställning av minnen från IVA-vårdtiden gällande frekvens och grad av påfrestning.

Typ av minne	Minns, % (n)	0=Inte alls påfrestande, %	1=Lite grad påfrestande, %	2=Måttligt påfrestande, %	3=Extremt påfrestande, %	Median	Medelvärde
<b>Overkliga upplevelser</b>	58 (71)	5.6	8.5	16.9	69	3(2-3)	2.49(±0.876)
<b>Törst</b>	54 (66)	1.5	13.6	21.2	63.6	3(2-3)	2.47(±0.789)
<b>Ej kunna prata</b>	42 (51)	3.9	3.9	31.4	60.8	3(2-3)	2.49(±0.758)
<b>Svårt att få luft</b>	40 (49)	0	4.1	16.3	79.6	3(3-3)	2.76(±0.522)
<b>Tub</b>	39 (47)	6.4	14.9	27.7	51.1	3(2-3)	2.23(±0.973)
<b>Mask</b>	32 (39)	5.1	7.7	25.6	61.5	3(2-3)	2.44(±0.852)
<b>Smärta</b>	32 (39)	0	10.3	35.9	53.8	3(2-3)	2.44(±0.680)
<b>Oro/Rädsla</b>	29 (35)	0	2.9	20	77.1	3(3-3)	2.74(±0.505)
<b>Panik</b>	28 (34)	0	0	14.7	85.3	3(3-3)	2.85(±0.359)
<b>Störande ljud/prat</b>	22 (27)	3.7	22.2	18.5	55.6	3(1-3)	2.26(±0.944)
<b>Obehagliga aktiviteter</b>	21 (26)	34.6	11.5	23.1	30.8	2(0-3)	1.5(±1.273)
<b>Störd sömn</b>	21 (25)	0	12	32	56	3(2-3)	2.44(±0.712)
<b>Sugning</b>	17 (21)	9.5	19	33.3	38.1	2(1-3)	2.0(±1.000)
<b>Dåligt bemötande</b>	7 (8)	0	0	12.5	87.5	3(3-3)	2.88(±0.354)

### *Påfrestande minnen*

Av de minnen som förekom var de mest påfrestade minnena dåligt bemötande från personal (2.9±0.35), panik (2.9±0.36), svårt att få luft (2.8±0.52), oro och rädsla (2.7±0.51) samt overkliga upplevelser (2.5±0.88). De fem minst påfrestade minnena var masken (2.44±0.85), störande ljud/prat (2.26±0.94), tuben (2.23±0.97), sugning (2.0±1.00) och obehaglig aktivitet (1.5±1.27).

I figur 1 presenteras minnena i ett stapeldiagram där de rangordnas efter grad av obehag.



**Figur 1.** Resultat från enkätstudie på intensivvårdspatienter som visar rangordningen av de mest påfrestande minnena på en skala från 0-3.

### Minnen och vårdtid

Den jämförande delen bestod i att se om det fanns något samband mellan förekomst av minnen och vårdtid. Resultatet visar att för patienter med lång vårdtid var förekomsten av minnen högre än för de patienter med kort vårdtid (56 % vs 44 %,  $p=0.036$ ). Resultatet av gruppjämförelsen presenteras i tabell 2.

**Tabell 2.** Samband mellan vårdtid och förekomst av minnen hos intensivvårdspatienter.

	Vårdtid < 4 dygn, %	Vårdtid > 4 dygn, %	p-värde
<b>Minnen finns</b>	44.2	55.8	0.036

Av de tre mest förekommande minnena är gruppen med lång vårdtid överrepresenterad jämfört med gruppen med kort vårdtid. Av de deltagare som hade lång vårdtid var det 70 % ( $n=49$ ) som mindes överkliga upplevelser, 66 % ( $n=43$ ) som mindes törst och 66 % ( $n=33$ ) som hade minne av att inte

kunna prata. Av de deltagare som hade kort vårdtid var det 30 % (n=21) som mindes överkliga upplevelser, 34 % (n=22) som mindes törst och 34 % (n=17) som hade minne av att inte kunna prata.

**Tabell 3.** Jämförelse mellan de vanligast förekommande minnena och vårdtid hos intensivvårdspatienter.

	<b>Totalt antal</b>	<b>Vårdtid &lt; 4 dygn, % (n)</b>	<b>Vårdtid &gt; 4 dygn, % (n)</b>	<b>p-värde</b>
<b>Överkliga upplevelser</b>	n=70	30.0 (21)	70.0 (49)	<0.0001
<b>Törst</b>	n=65	33.8 (22)	66.2 (43)	0.013
<b>Ej kunna prata</b>	n=50	34.0 (17)	66.0 (33)	0.058

#### *Störande minnen senaste veckan*

Av de 122 deltagare som hade minnen från vårdtiden angav 5 % (n=6) att de hade haft störande minnena senaste veckan.

#### *Positiva minnen*

Av de totalt 177 deltagarna var det 105 stycken som fyllde i den andra och tredje enkäten där frågan om det fanns något som underlättat deras vårdtid fanns med. Av de 105 deltagarna var det 22 stycken som angav att det fanns faktorer som underlättat vårdtiden. Det var 18 deltagare som angav att bra personal och gott omhändertagande hade underlättat vårdtiden och fem av deltagarna angav att besök av anhöriga hade varit positivt.

# Diskussion

## *Metoddiskussion*

Då enkäter användes som instrument i denna studie och då dessa enkäter mest gav information om frekvenser, så var kvantitativ metod lämpligast (Olsson och Sörensen, 2007). Genom att forskarna i kvantitativa studier är mer objektiva och arbetar med större kvantiteter är resultaten mer generella. Det går fort och lätt att fylla i en enkät och på så sätt är det enklare att få ett stort urval, vilket är viktigt för validiteten på kvantitativa studier (a.a.). Det man däremot kan gå miste om i en enkät är patienternas unika upplevelser och berättelser om hur det var att vistas på en intensivvårdsavdelning. Genom att välja kvantitativ metod får man mer yttlig information om frekvenser, men man saknar den djupare förståelsen (a.a.).

## Urval

Urvalet är begränsat till den intensivvårdsavdelning där studien bedrivs. Detta kan ge ett bias då olika sjukhus till exempel kan ha olika arbetsrutiner och arbetsbelastning samt olika personalklientel (Billhult och Gunnarsson, 2012).

Urvalet kan kategoriseras enligt det som Polit & Beck (2006) benämner som ”convenience sampling”. Detta är den typ av urval som utgörs av de data man får tillgång till och anses även vara den mest representativa då urvalet kan vara snedfördelat i jämförelse med den stora populationen och detta anser författarna som en svaghet för studien. Dock finns vissa inklusionskriterier för urvalet så på det viset är urvalet delvis riktat, vilket är en styrka med studien. Fler enkäter hade kunnat bli ifyllda om de hade skickats hem till deltagarna, då många väljer att inte komma till uppföljningssamtalet. Dock kan det finnas andra svårigheter med att skicka hem enkäten då oklarheter eller frågor kan uppstå kring enkäten och då deltagarna även kan bli emotionellt påverkade då minnen väcks till liv av enkäten utan tillgång till professionell personal att samtala med.

Eftersom urvalet innefattar både intuberade och icke intuberade patienter så kan upplevelserna skilja sig åt. Det kan bero på att läkemedelsadministrationen kan skilja sig mellan en intuberad och en icke intuberad patient. En intuberad patient kräver sedering och analgesi samt kan befinna sig i ett mer allvarligt tillstånd. En intuberad patient kan inte verbalt kommunicera vilket i sig kan förstärka det obehag som patienten utsätts för. Resultatet skulle

kunna bli annorlunda om urvalet var begränsat till antingen intuberade eller icke intuberade patienter.

Det interna bortfallet i studien har varit lågt vilket ökar trovärdigheten i resultatet (Ejlertsson, 1996). Det externa bortfallet är större vilket bland annat beror på att deltagarna av olika anledningar inte vill komma till uppföljningssamtalet. Detta kan påverka studiens resultat och generaliserbarhet eftersom målgruppen inte blir helt representerad av deltagarna (a.a.). Författarna anser dock att underlaget i denna studie är tillräckligt stort, vilket ses som en styrka då Polit och Beck (2006) hävdar att urvalet bör vara så stort som möjligt för att resultatet ska kunna generaliseras.

### Undersökningsinstrument

Validiteten hos enkäten kan antas vara relativt hög i det avseende att den mäter det som den är avsedd att mäta och kan användas av de flesta människor (Billhult och Gunnarsson, 2012). Dock kan faktorer som till exempel kognitiv status och språkförbristningar förekomma som kan påverka utfallet. Enligt Billhult och Gunnarsson (2012) bör en beprövad referensmetod, så kallad ”gold standard” jämföras med studiens resultat för att säkra validiteten hos instrumentet. Då vårt resultat avser personliga bedömningar är det svårt att hitta en sådan generaliserbar referens. Tidigare vetenskapliga studier med intervjuer (Samuelson, Lundberg och Fridlund, 2007 & Samuelson, 2011) ligger dock till grund för utformandet av enkäten. Inspiration har även hämtats från den beprövade checklistan ICU Memory Tool (Jones et al. 2000). Enkäten är dock under fortsatt utveckling. Eftersom enkäten tidigare har använts vid uppföljningssamtalet så har den ändrats och finjusterats efter hand. Alla dessa bidragande faktorer kan ändå öka validiteten hos enkäten.

Reliabiliteten hos enkäten kan antas vara hög i det avseende att det alltid är samma sjuksköterskor som presenterar enkäten för deltagarna. Däremot så behöver det inte bli samma utfall om enkäten fylls i av samma person fast vid ett annat tillfälle, då det som mäts är en individuell uppskattning av en upplevelse. Olika faktorer kan spela in vid bedömningen av upplevelsen vid just det tillfället. Det gör att reliabiliteten hos mätinstrumenten kan ifrågasättas (Billhult och Gunnarsson, 2012).

## Datainsamling

En faktor som kan påverka resultatet är att de sjuksköterskor som är med vid datainsamlingen också representerar den intensivvårdsavdelning där deltagarna vårdades. Billhult och Gunnarsson (2012) hävdar att sådana omständigheter kan ge ett bias då det finns en risk att deltagarna då svarar annorlunda än om någon utomstående sjuksköterska hade presenterat enkäten. Det är också viktigt att ta i beaktande att det som undersökts är minnen från två månader tillbaka i tiden. Minnen och upplevelser kan blekna med tiden och eventuell bearbetning av det som skett kan vara en faktor som påverkar intensiteten av minnet. Det kan även te sig på motsatt sätt att när patienten kommer åter till sjukhuset och får prata om sin vårdtid så kan minnena blomma upp och kännas starkare. Faktorer som lukter, bekant sjukhuspersonal, lokaler och ljud kan göra så att minnena från vårdtiden återupplevs på ett mer intensivt sätt vilket kan göra så att patienten graderar minnet av upplevelsen starkare än vad som egentligen har upplevts. Kanske hade resultatet kunnat bli annorlunda om patienterna fått fylla i enkäten hemma i en neutral miljö.

## Analys

Felkällor i studien kan utgöras av den mänskliga faktorn såsom felskrivning i samband med överföringen av data från enkäterna till SPSS och omräkning av vårdtiden från dagar till timmar. Flera stickprov ur materialet har tagits och jämförts med den inskrivna datan i SPSS och en genomgång har gjorts av den inskrivna datan i SPSS för att utesluta felskrivning, vilket ökar den interna validiteten (Olsson och Sörensen, 2007).

Något som är viktigt att ta med i beaktning är att resultatet i denna studie är grundat på tre olika utformningar av enkäter. I den första enkäten fanns fler alternativ av upplevelser där deltagarna kan ha graderat påfrestningarna olika högt. För att kunna analysera alla enkäter var författarna tvungna att slå ihop dessa kategorier som kan ha blivit olika graderade vilket gör att resultatet på det viset kan bli missvisande.

I andra och tredje enkäten fanns inte noll som alternativ. Deltagarna kanske mindes en upplevelse men upplevde det inte som påfrestande och denne kan då ha graderat det som en etta vilket blir missvisande eftersom en etta står för lite grand påfrestande. Dessa faktorer anser författarna är en svaghet i studien och på så sätt påverkas den interna validiteten.

## Studiens interna och externa validitet

Metoden som har använts i föreliggande enkätstudie är väl genomtänkt och argumenterad för. Undersökningsinstrumentet är sedan flera år beprövat och utvecklat av en erfaren forskare inom området och instrumentet har justerats efter hand och validiteten hos instrumentet anser författarna vara tillräckligt hög. Urvalet är tillräckligt stort för att få ett trovärdigt resultat och det interna bortfallet är litet. Dessa faktorer ökar den interna validiteten hos studien (infovoice.se). Datainsamlingen och analysen är väl beskriven och författarna har lyft fram de eventuella svagheter som finns i metoden, vilket ökar den interna validiteten. Den externa validiteten är hög i det avseende att resultatet är liknande andra resultat bland studier inom samma forskningsområde. Att resultaten pekar i samma riktning innebär att studiens validitet stärks (a.a.). Författarna anser att resultatet i denna studie går att generalisera till andra patienter som vårdas på liknande intensivvårdsavdelningar i Sverige.

## *Resultatdiskussion*

Resultatet i vår studie stämmer till stor del väl överens med andra liknande studier (Samuelson, Lundberg & Fridlund, 2006; Samuelson et al. 2007; Samuelson, 2011; Puntillo, 2010; Guttormson, 2014 och Magarey och McCutcheon 2005) som också visar att flertalet patienter lider av påfrestande upplevelser under sin vårdtid på IVA. I likhet med andra svenska studier (Samuelson, 2011 & Samuelson, Lundberg & Fridlund, 2007) visar denna studie att 70 % av deltagarna hade minnen från vårdtiden.

I artikeln av Samuelson (2011) har forskaren intervjuat 250 patienter och då framkom bland annat att patienterna under vårdtiden på IVA lidit av känslan att inte få luft, obehaget av att inte kunnat prata, törst, känsla av panik och hallucinationer och mardrömmar. Dessa kategorier framkommer också i föreliggande studies resultat som både frekvent förekommande och påfrestande. Även i studien av Puntillo et al. (2010) där patienterna intervjuats under själva vårdtiden på intensivvårdsavdelningen fann man att det som skattades som högst påfrestande var svårt att få luft, i likhet med föreliggande studie. Majoriteten av patienterna i denna studie har minnen från vårdtiden och resultatet visar tydligt vad patienterna upplever som påfrestande. Minnet av överkliga upplevelser var mest frekvent förekommande där 58 % av deltagarna som hade minnen från vårdtiden mindes överkliga upplevelser. Det finns många andra studier där minnet av överkliga upplevelser är vanliga. I Magarey och McCutcheons

(2005) studie framkom att de mest vanliga minnena från intensivvården var oro, törst och smärta. Det var även vanligt förekommande med mardrömmar och hallucinationer och deltagarna hade skattat obehaget av dessa väldigt högt. I en senare studie av Guttormson (2014) rapporterade dock 63 % av patienterna att de mindes överkliga upplevelser från vårdtiden på intensivvården, i likhet med föreliggande studie.

Många av de studier som gjorts på minnen från intensivvårdspatienter är kvalitativa intervjustudier, dock finns det många som fokuserat på just överkliga upplevelser men som inte funnit att dessa varit mest frekvent förekommande. Törst visade sig också vara vanligt att patienterna minns, i föreliggande studie var det 54 % av de som hade minnen, som mindes törst. Detta stämmer väl överens med tidigare nämnda studiers resultat där törst varit frekvent förekommande.

Som redovisas i flödesschemat i bilaga 1 så är det en stor del patienter som antingen avlider eller är så svårt sjuka att de inte kan delta i uppföljningssamtalet. Deras minnen och upplevelser kan därför inte undersökas och resultatet skulle kunna bli annorlunda om dessa patienter också kunde delta. Det är egentligen de piggaste patienterna som återses på uppföljningssamtalet, vilket skulle kunna ge ett bias. Vetskapen är inte tillräcklig om upplevelsen av vården beror på hur svårt sjuk patienten är eller till exempel vilka läkemedel som påverkar, såsom läkemedel för sedering och smärtstillande. Inom dessa områden finns således utrymme för ytterligare forskning.

De upplevelser som deltagarna graderat högst i påfrestning var dåligt bemötande från personal men det var endast åtta deltagare som mindes detta. För att fördjupa sig i detta kunde det vara intressant att gå vidare med intervjustudier för att ta reda på vad i mötet med personalen som deltagaren upplevt som dåligt. Vad som måste hållas i åtanke är att detta är en speciellt skör och utsatt patientgrupp som befinner sig i ett trauma. Således borde marginalerna för vad dessa orkar med inte vara så stora. Det kan betyda att de är extra känsliga och sårbara för personalens bemötande och att det kanske inte krävs så mycket för att dessa patienter ska känna sig kränkta eller dåligt bemötta. Personal på intensivvården bör ta hänsyn till detta i mötet med intensivvårdspatienten.

De andra minnena som graderades högst var panik, svårt att få luft samt oro och rädsla. Dessa upplevelser kan gå hand i hand då känslan av att inte få luft kan antas leda till panik och



rädsla. De patienter som är mekaniskt ventilerade kan också känna panik och rädsla då de inte alltid kan styra andningen själv. Majoriteten av minnena rankades av deltagarna som måttligt till extremt påfrestande, vilket visar att de flesta upplevelserna i stor utsträckning är påfrestande för patienterna. Törst visade sig vara frekvent förekommande och som man med enkla medel skulle kunna lindra. En studie av Puntillo et al. (2014) visade signifikanta resultat i förbättrad upplevelse av törst hos intensivvårdspatienter som erhållit behandling med orala svabbar, sterilt iskallt vatten och läppbalsam.

Liksom Samuelson (2011) och Samuelson, Lundberg och Fridlund (2007) visade även föreliggande studie att lång vårdtid har ett samband med förekomst av minnen. Även en studie av Capuzzo et al. (2000) visar att den viktigaste faktorn för förekomsten av minnen var vårdtid och inte typ av sedering.

Detta kan bero på att ju längre tid som patienten har vistats på intensivvårdsavdelningen desto större chans har personen att minnas något. Att utsättas för påfrestningar under lång tid kan uttömma patientens kraft och tålamod vilket kan göra att det som under de första dagarna är hanterbara till slut blir övermäktiga. Då detta sker i slutet av vårdtiden blir minnet av upplevelsen starkare.

Endast fem procent av deltagarna uppgav att de hade besvärande minnen av vårdtiden senaste veckan. För somliga människor kan traumatiska händelser lämna djupa spår som kan vara svåra att bearbeta och kan leda till PTSD. Enligt en studie av Granja et al. (2008) kan upp till 31 % av intensivvårdspatienterna drabbas av PTSD och hälften av patienterna visa symtom på PTSD.

Då dessa personer ofta antar ett undvikande beteende gör det att patienterna undviker att bemöta det som varit traumatiskt för dem, som till exempel uppföljningssamtalet. Det kan medföra att dessa patienter aldrig dyker upp och man får således inte ta del av deras minnen och om det har påverkat dem under senaste veckan. Om dessa personer hade kommit till uppföljningssamtalet och fyllt i enkäten hade resultatet kunnat utfalla annorlunda.

Hade fler deltagare svarat på frågan om det fanns något som underlättat deras vårdtid hade det kunnat ge stöd åt intensivvårdssjuksköterskan att lyfta fram de faktorerna och därmed kunna främja de positiva upplevelserna och på sätt kunna minska lidandet för patienten.

Att fördjupa sig mer i vad som kan underlätta vårdtiden med hjälp av till exempel intervjuer med patienterna är också något som kan vara intressant för framtida forskare.

Det skulle kunna vara intressant att undersöka förekomst av minnen och påfrestande minnen i relation till diagnos, typ och djup av sedering. Man skulle också kunna undersöka om det finns skillnader i upplevelser över tid och mellan olika intensivvårdsavdelningar.

Men hur engagerad är intensivvårdssjuksköterskan i att förstå patienten? Compassion fatigue är något som kan drabba till exempel sjuksköterskor som ofta vårdar svårt sjuka och skadade människor. Detta kan leda till att sjuksköterskan värjer sig mot patienternas lidande för att klara av att sköta sitt jobb utan att bli för känslomässigt involverade (Sheppard, 2014).

I en stressad arbetssituation kan det kanske vara lätt för sjuksköterskan att se förbi patienten och bara utföra sina arbetsuppgifter.

Flera forskningsstudier har visat liknande resultat om att intensivvårdspatienter upplever olika former av obehag under vårdtiden. Det hade varit intressant att veta om intensivvårdspersonal och cheferna på avdelningen tar del av dessa studiers resultat för att kunna förbättra omvårdnaden. Om olika strategier för förbättringsarbete implementeras utefter studiernas resultat kanske de obehagliga upplevelserna hade kunnat minskas.

Kunskapen kan bli bortkastad om den finns men inte används och det är sorgligt om patienter i en redan påfrestande situation inte kan få tillräcklig hjälp att ta sig igenom det obehag de upplever. Genom att utgå från Kolcabas (2002) teori om komfort kan sjuksköterskan både lindra och förebygga de påfrestande upplevelser som patienten utsätts för och genom utövandet av transcendence hjälpa patienten att hantera och acceptera sin situation och de obehag som situationen medför.

## Konklusioner och implikationer

Resultatet i denna studie beskriver vad patienter som vårdas på intensivvården minns som påfrestande. Bland deltagarna hade 70 % ett eller flera minnen från vårdtiden och majoriteten av dessa minnen har skattats som måttligt till extremt påfrestande. Det mest frekvent förekommande minnet var överkliga upplevelser såsom hallucinationer och mardrömmar vilket kan vara värdefullt att informera patienterna om såväl under själva vårdtiden och även i samband med utskrivning. Andra obehagliga upplevelser såsom lufthunger, törst, obehag av tuben, masken och känsla av panik skulle kunna underlättas med hjälp av personalens närvaro, specialistkunskap och professionella bemötande. Signifikanta samband kunde påvisas mellan lång vårdtid och både förekomst av minnen och även påfrestande minnen. Det innebär att patienter med lång vårdtid (i denna studie >4 dygn) är särskilt utsatta för att drabbas av påfrestande upplevelser. Vad som skulle kunna göras för att förebygga detta är att fortsätta utveckla omvårdnaden och genom vetenskapen om vad patienterna minns som påfrestande implementera olika förebyggande åtgärder.

## Referenser

- Berntzen, H., Danielson, A. och Almås, H. (2011). Omvårdnad vid smärta. I H. Almås, D-G. Stubberud och R. Grønseth (Red.). *Klinisk omvårdnad 1*. (s. 65-114). Stockholm: Liber.
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 139-150). Lund; Studentlitteratur.
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 151-162). Lund; Studentlitteratur.
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Analytisk statistik. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 317-325). Lund; Studentlitteratur.
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 305-316). Lund; Studentlitteratur.
- Capuzzo, M., Pinamonti, A., Cingolani, E., Grassi, L., Bianconi, M., Contu, P., Gritti, G. & Alvisi, R. (2001). Analgesia, sedation and memory of intensive care. *Journal of Critical Care*. 16 (3), 83-89.
- Drouot, X., Cabello, B., d'Ortho, M-P. & Brochard, L. (2007). Sleep in the intensive care unit. *Sleep Medicine Reviews*. 12 (5), 391-403.
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (1996). *Enkäten i praktiken – En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Engström, Å., Nyström, N., Sundelin, G. & Rattray, J. (2013). Peoples experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 29 (2). 88-95.

Fagermoen, M. S. (2002). *Patientundervisning*. Kapitel 2, s 12-30. i Almås, H. *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm; Liber.

Granja, C., Gomes, E., Amaro, A., Ribeiro, O., Jones, C., Carneiro, A. & JMIP Study Group. (2008). Understanding posttraumatic stress disorder- related symptoms after critical care: The early illness amnesia hypothesis. *Critical Care Medicine*, 36(10), 2801-2809.

Gulbrandsen, T. & Stubberud, D-G. (2009.) Patientens psykosociala behov. I T. Gulbrandsen & D-G. Stubberud (Red.). *Intensivvård – Avancerad omvårdnad och behandling*. (s. 41-60). Lund; Studentlitteratur.

Guttormson, J. L. (2014). “Releasing a lot of poison from my mind”: Patients’ delusional memories of intensive care. *Heart & Lung*. 43 (5). 427-431.

Issa M. Hweidi. (2005). Jordanian patients’ perception of stressors in critical care units: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 44 (2007), 227-235.

Jones, C., Griffiths, R. D., Humphris, G. & Skirrow, P. M. (2001). Memory delusions and the development of acute posttraumatic stress disorder – related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine*. 29 (3), 573-580.

Jones, C., Humphris, G., Griffiths, R. D. (2000). Preliminary validation of the ICUM tool: a tool assessing memory of the intensive care experience. *Clinical Intensive Care*. 11 (5). 251-255.

Kolcaba, K. (2002). Comfort Care: A Framework for Perianesthesia Nursing. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 17 (2). 102-114.

Magarey, J. M., & McCutcheon, H. H. (2005). “Fishing with the dead” – Recall of memories from the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*. 21 (6), 344-354.

Novaes, MA., Aronovich, A., Ferraz, MB. & Knobel, E. (1997). Stressors in ICU: patients’ evaluation. *Intensive Care Medicine*. 23 (12), 1282-1285.

- Olsson, H., Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Ottosson, J-O. (2009). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Health
- Puntillo, K., Shosanna, R.A., Cooper, B.A., Stotts, N.A., Nelson, J.E. (2014). A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. *Intensive Care Medicine*. 40 (9). 1295-1302.
- Puntillo, K. A., Arai, S., Cohen, N. H., Gropper, M. A., Neuhaus, J., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2010). Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Critical Care Medicine*. 38 (11), 2155-2160.
- Russel, S. (1999). An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (4), 783-791.
- Samuelson, K.A, Larsson, S., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2003). Intensive care sedation of mechanically ventilated patients: a national Swedish survey. *Intensive and Critical Care Nursing*. 19, 350-362.
- Samuelson, K. A. M. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients – Findings from 250 interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*. 27 (2), 76-84.
- Samuelson, K.A., Lundberg, D., Fridlund, B.(2006). Memory in relation to depth of sedation in adult mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Care Med*. 32, 660-667.
- Samuelson, K. A. M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2007). Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care*. 12 (2), 93-104.

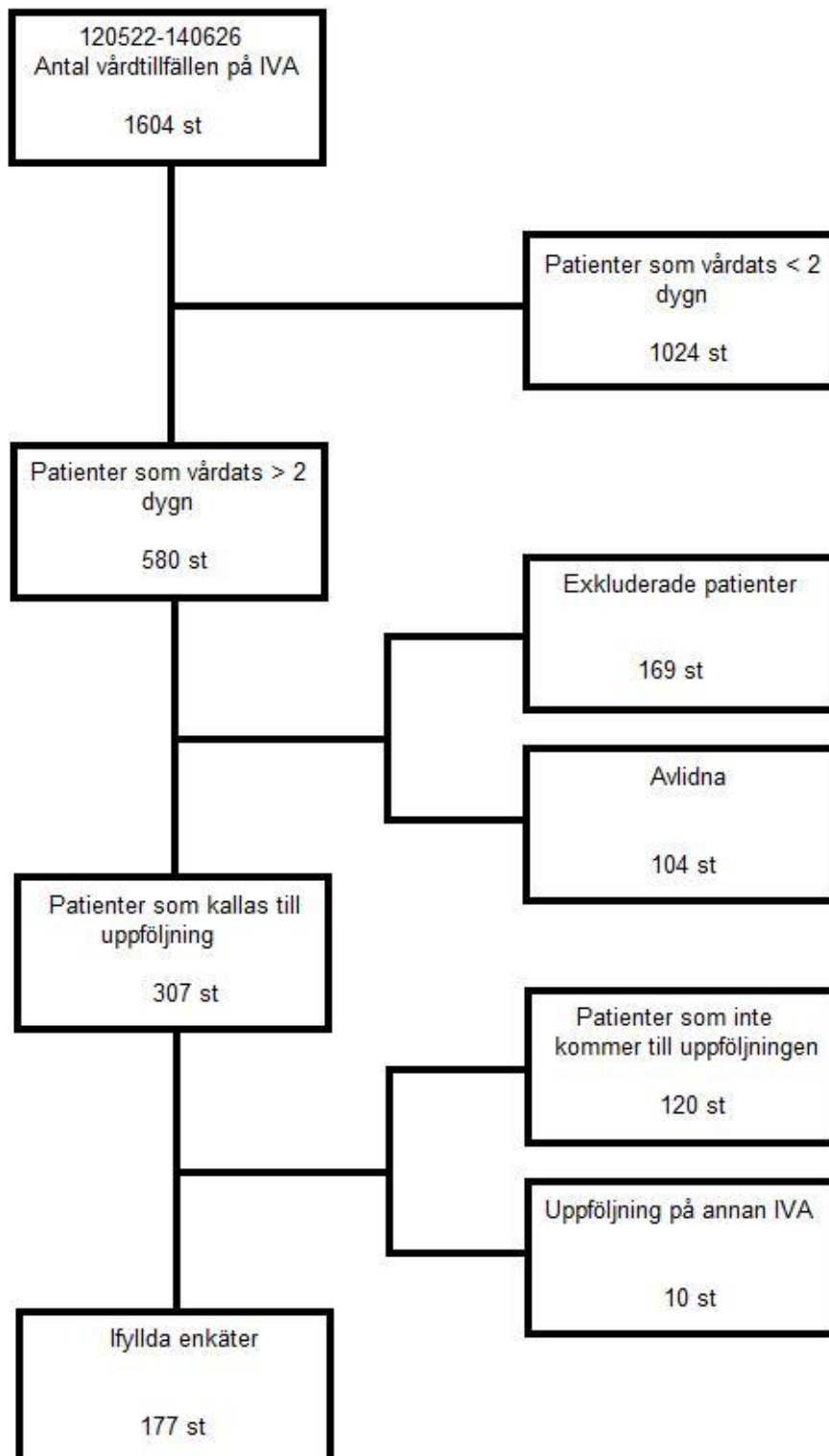
Sheppard, K. (2014). Compassion fatigue among registered nurses: Connecting theory and research. *Applied Nursing Research*. 14.

Stubberud, D-G. (2009.) Intensivvårdssjuksköterskans målgrupp och arbetsplats. I T. Gulbrandsen & D-G. Stubberud (Red.). *Intensivvård – Avancerad omvårdnad och behandling*. (s. 19-24). Lund; Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer*. (WWW document). URL <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> . (Hämtad 20140502 klockan13.00)

Infovoice. *Forskningsmetodik*. (WWW document). URL <http://infovoice.se/fou/bok/10000035.shtml>. (Hämtad 2014-12-22 klockan 11.00)

## Flödesschema över intensivvårdspatienter





## Bilaga 2 (4)

### Minneslista för IVA patienter (Memory Assessment Checklist for the Intensive Care Unit, MAC-ICU)

Nedan följer en lista på obehagliga minnen från intensivvårdstiden. Ange vad du minns med ett kryss och härefter i vilken grad du minns upplevelsen som obehaglig/påfrestande enligt siffrorna nedan.

I hur hög grad var det obehagligt/påfrestande?

0=Inte alls

1=Lite grand

2=Måttligt

3=Ganska mycket

4=Väldigt mycket

Minnen	Minns ja=X	Grad obehag/påfrestning	av	Kommentar
Svårt att få luft				
Ej kunna prata				
Smärta				
Törst				
Ej kunna sova				
Annat:				
Rädsla				
Panik				
Osäkerhet/hjälplöshet				
Annat:				
Mardrömmar				
Hallucinationer				
Personer ville skada mig				
Konstiga upplevelser				
Förvirring				
Annat:				
Störande ljud eller prat				
Otrevlig omgivning/miljö				
Hindrande slangar/tub/rör				
Mask för ansiktet				
Annat:				
Vändning				
Munvård				
Sugning i mun eller tub/rör				
Annat:				
Respektlös personal				
Ouppmärksam personal				
Otrevligt bemötande				
Annat:				

Har dessa minnen varit störande för dig sista veckan? Ja Nej

## Bilaga 3 (4)

Version 131129

### Minneslista för IVA patienter (Memory Assessment Checklist for the Intensive Care Unit, MAC-ICU)

Minns du något från IVA tiden?

.....  
.....

Nedan följer en lista med exempel på minnen/upplevelser från IVA tiden som kan vara påfrestande eller obehagliga. För de upplevelser du minns som påfrestande ange graden av påfrestande enligt siffrorna nedan.

**1 = Lite grann påfrestande/obehagligt**

**2 = Måttligt påfrestande/obehagligt**

**3 = Ganska mycket påfrestande/obehagligt**

**4 = Extremt påfrestande/obehagligt**

Exempel på påfrestande minnen	Gradering (skala 1-4)
Svårt att få luft	
Ej kunna prata	
Tub i halsen	
Mask för ansiktet	
Sugning i mun el tub	
Smärta	
Törst	
Oro/rädsla	
Panik	
Störande ljud/prat	
Obehagliga aktiviteter/åtgärder	
Dåligt bemötande/omhändertagande	
Påfrestande överklighetsupplevelser (t ex mardrömmar, hallucinationer)	

Andra påfrestande upplevelser du minns?

.....  
.....

Har de påfrestande/obehagliga minnena varit störande för dig sista veckan?    JA    NEJ

Minns du något som hjälp/underlättat din IVA tid?

.....

Bilaga 4 (4)

Version 140225

**Minneslista för IVA patienter** (Memory Assessment Checklist for the Intensive Care Unit MAC-ICU)

Minns du något från IVA tiden?

.....  
.....

Nedan följer en lista med exempel på minnen/upplevelser från IVA tiden som kan vara påfrestande eller obehagliga. För de upplevelser du minns som påfrestande kryssa i graden av påfrestning.

Exempel på påfrestande minnen	Jag minns det som		
	Lite påfrestande	Måttligt påfrestande	Extremt påfrestande
Svårt att få luft			
Ej kunna prata			
Tub i halsen			
Mask för ansiktet			
Sugning i mun el tub			
Smärta			
Törst			
Oro/rädsla/hjälplöshet			
Panik			
Störande ljud/prat			
Störd sömn/vila			
Obehagliga aktiviteter/undersökningar			
Dåligt bemötande /omhändertagande			
Påfrestande överklighetsupplevelser (mardrömmar,hallucinationer)			

Andra påfrestande upplevelser du minns?

.....  
.....

Har de påfrestande/obehagliga minnena varit störande för dig sista veckan? JA  NEJ

Minns du något som hjälpt/underlättat din IVA tid?

.....  
.....