



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Patienters minnen av intensivvård

En litteraturstudie

Författare: Marie Andersson, Maja Nordenhielm

Handledare: Connie Lethin

Magisteruppsats

Våren 2017

Patienters minnen av intensivvård

En litteraturstudie

Författare: Marie Andersson, Maja Nordenhielm

Handledare: Connie Lethin

Magisteruppsats

Våren 2017

Abstrakt

Bakgrund: Vården på en intensivvårdsavdelning är avancerad och högteknologisk och patienterna är ofta kritiskt sjuka. Att vårdas på en intensivvårdsavdelning är påfrestande och negativa minnen kan leda till psykisk ohälsa och ökad risk för posttraumatiska stresssymptom. **Syfte:** Att belysa patienters minnen av att ha vårdats på en intensivvårdsavdelning. **Metod:** Systematisk litteraturstudie där totalt tolv artiklar inkluderades. **Resultat:** Det framkom att patienterna hade minnen i varierande grad. Vissa hade total amnesi medan andra kunde redogöra för detaljerade minnen av både verkliga och överkliga upplevelser. Patienterna kunde minnas känslor som rädsla, ångest och förvirring. De minnen som var positiva rörde oftast anhöriga och vårdpersonalen eller när patienterna fick sina basala behov tillgodosedda. **Konklusion:** Det är viktigt att intensivvårdssjuksköterskan är medveten om vad patienter minnas som negativt och positivt för att kunna optimera vården och skapa förutsättningar för en god livskvalité. Genom enkla åtgärder kan intensivvårdssjuksköterskan främja positiva minnen och på så vis minska risken för negativa långtidskonsekvenser för patienten.

Nyckelord

Amnesi, hallucinationer, intensivvård, Maslow, minnen, patienter

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	3
Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Maslows teori.....	4
Maslows teori för den kritiskt sjuke.....	4
Minne.....	5
Intensivvård	6
Intensivvårdspatienten	6
Syfte	7
Metod	7
Urvalskriterier	8
Sökstrategi	8
Urval.....	8
Analys av data.....	9
Forskningsetiska avvägningar	10
Resultat	10
Avsaknad av minnen och diffusa minnesbilder	11
Att inte minnas något.....	11
Att vara i en dimma.....	12
Minnen av verkliga händelser	12
Att uppleva fysiska påfrestningar	12
Att minnas känslor	13
Att minnas anhöriga.....	14
Att interagera med personal.....	15
Att befinna sig i intensivvårdsmiljö	16
Minnen av överkliga händelser	16
Att frukta för sitt liv	16
Att se vad ingen annan ser	17
Att uppleva andra platser.....	18
Diskussion.....	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	21
Konklusion och implikationer	25
Referenser	26
Tabell 1	32
Bilaga 1	33
Bilaga 2	40

Introduktion

Problembeskrivning

Dagens intensivvård är under ständig utveckling, både medicinskt och medicinsktekniskt. I den högteknologiska intensivvårdsmiljön är det viktigt att inte glömma människans grundläggande behov av fysiskt och psykiskt välbefinnande. Ett av människans mest fundamentala behov är att känna trygghet och vid sjukdom eller skada ökar det behovet (Tamm, 2012). Tidigare studier har visat att relationen mellan intensivvårdssjuksköterskan och patienten är avgörande för att patienten ska känna trygghet och tröst (Granberg, Engberg & Lundberg, 1998). Ständigt närvarande vårdpersonal och ett professionellt intryck är faktorer som bidrar till positiva minnen av att vårdas på intensivvårdsavdelning.

Det har visat sig vara fördelaktigt att låta patienterna vara så ytligt sederade som möjligt ur flera aspekter, bland annat att för att det ökar delaktigheten i vården. Att vara medveten om sin allvarliga sjukdom eller skada och kanske inte kunna kommunicera sina tankar och behov med personalen kan dock leda till fysisk och psykisk påfrestning (Carr, 2007). Patienterna blir beroende av vårdpersonalens kompetens och begränsningen i kommunikationen försätter dem i en utlämnad position. Det är inte ovanligt att patienter som har vårdats på en intensivvårdsavdelning uppger försämrad livskvalité med sömnproblem, oro och stress (McKinley, Fien, Elliott & Elliott, 2016).

Det är viktigt att vara medveten om vad patienterna minns av att vårdas på en intensivvårdsavdelning. Påfrestande minnen kan leda till psykisk ohälsa och ökad risk för posttraumatiska stresssymptom (Carr, 2007). En studie som belyser dessa minnen kan ge värdefull information till intensivvårdssjuksköterskan så denne får ökad förståelse för patientens lidande.

Det finns flertal studier som har undersökt upplevelsorna och förekomsten av minnen som patienter har från intensivvårdstiden. Författarna har dock inte stött på någon sammanställning i form av litteraturstudie, vilket skulle kunna vara till nytta för intensivvårdssjuksköterskan och gagna patienten. En ökad förståelse kan leda till förändringar i arbetssättet så att vistelsen på intensivvårdsavdelningen blir behagligare och bättre för patienten vilket skulle kunna leda

till minskat lidande och kortare vårdtider. Med en ökad förståelse för vad patienter minns kan situationer som ger positiva minnen främjas och negativa minnen minimeras.

Bakgrund

Maslows teori

I mitten på 1950-talet växte den humanistiska synen på människan fram under ledning av psykologen Abraham Maslow. Maslow ansåg att människans behov följer en hierarkisk ordning, ofta illustrerad som en behovstrappa eller behovspyramid. Teorin innebär att de behov som är längst ner i pyramiden behöver bli tillgodosedda innan de högre behoven kan uppfyllas. Längst ner i pyramiden finns de behov som är viktigast för människan, de fysiologiska primära behoven som andning, värme, föda och vatten. Efter att primära behoven är uppfylla behöver människan få sekundära behov såsom trygghet, kärlek och medmänsklig kontakt tillgodosedda. I de sekundära behoven ingår även självuppskattning och självförverkligande som en sista punkt. Utöver sekundära och primära behov finns även metabehov som handlar om till exempel skönhet, rättvisa och kreativitet. Metabehov skiljer sig från de primära och sekundära behoven på så vis att de inte är uppdelade i en hierarkisk ordning (Tamm, 2012).

Maslows teori för den kritiskt sjuke

Maslows behovstrappa är grundad på den friska individen men när en individ blir sjuk kan hierarkin i behovstrappan påverkas. De primära behoven som vanligtvis tillgodoses per automatik, blir med ens inte lika självklara. Behov som hos den friska individen funnits högre upp i trappan, som exempelvis existentiella frågor kan plötsligt bli mycket viktiga för den kritiskt sjuka individen. Sjukdom innebär alltid en förlust av trygghet och ökar behovet av omsorg och medmänsklig kontakt hos den sjuka individen. Speciellt viktigt är det att dessa behov tillgodoses hos individer som är kritiskt sjuka eller skadade (Tamm, 2012).

Vid kritisk sjukdom ansvarar intensivvårdssjuksköterskan till stor del för att patienten ska kunna få sina behov uppfylla. De primära behoven åligger sjuksköterskan och kan exempelvis innebära att fysiska behov tillgodoses med diverse farmaka. Patientens sekundära

behov uppfyller sjuksköterskan genom att bedriva en säker vård genom att exempelvis arbeta preventivt för att undvika ytterligare lidande i form av till exempel trycksår och ulcus. För att bejaka patients behov av kärlek och trygghet är intensivvårdssjuksköterskans bemötande viktigt. Praktiska åtgärder som att minska på sederingen under anhörigbesök är en åtgärd som intensivvårdssjuksköterskan kan göra för att patienten ska känna närvaro och omsorg från sina anhöriga (Jackson, Santoro, Ely, Boehm, Kiel, Anderson, Ely, 2014).

Minne

Minnen kan förklaras som olika typer av händelser, känslor, färdigheter, dofter och upplevelser som lagras i olika delar av hjärnan beroende på om det tillhör korttidsminnet eller långtidsminnet (Araï, 2005). Långtidsminnet är uppdelat i explicit minne och implicit minne. Explicit minne innebär till exempel förmågan att kunna plocka fram faktakunskaper och implicit minne är förmågan att kunna utföra inlärd handlingar som till exempel att cykla eller läsa. Både korttidsminnet och långtidsminnet är indelat i tre processer, inkodning, lagring och framtagning. När ett minne kodas sker det genom sinnen, framförallt synen och hörseln (Bunkholdt, 2008).

I det episodiska minnet ingår både korttidsminnet och långtidsminnet vilket innebär en förmåga att minnas det som skedde för några sekunder sedan men även händelser och upplevelser som har skett för flera år sedan. Det episodiska minnet är personligt förankrat hos individen och det innebär en medveten framlockning av information (Araï, 2005). Om människan utsätts för väldigt obehagliga eller farliga minnen kan det ske en bortträngning av minnet. Minnet av händelsen förskjuts då från det medvetna till det omedvetna. Dessa minnen kan dock återvända till medvetandet (Bunkholdt, 2008).

Obehagliga minnen som påverkar individen emotionellt leder till ett stresspåslag och kroppen utsöndrar då adrenalin och noradrenalin. Utsöndring av dessa hormoner kan antingen förstärka eller försämma minnesfunktionen (Bunkholdt, 2008). Det är dessutom vanligt att patienter på en intensivvårdsavdelning har svårt att minnas på grund av diverse farmaka (Larsson & Rubertsson, 2012).

Intensivvård

Intensivvård innefattar övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad av patienter med svåra eller livshotande sjukdomar och skador. Vården bedrivs av specialiserad vårdpersonal och ska ledas av en läkare med specialistkompetens inom anestesi och intensivvård.

Intensivvårdspersonalens kompetens förutsätter goda kunskaper i fysiologi, patofysiologi, farmakologi och immunologi. Det krävs även kunskaper gällande klinisk bedömning, behandling och ett utvecklat etiskt förhållningssätt samt god samarbetsförmåga (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet, 2015).

För att benämnas intensivvårdsavdelning ska patienter med svikt i mer än ett vitalt organsystem behandlas på avdelningen. Vidare krävs en expertkompetens som är avhängd av specialutbildad personal, personaltäthet, lokaler, resurser och i en viss omfattning även patienter (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet, 2015).

Intensivvårdspatienten

Den vård som bedrivs på intensivvårdsavdelning är avancerad och högteknologisk med mycket apparater, ljud och ljus. Sjukhusmiljön är steril och patientens sinnesstimuli begränsas av den färglösa inredningen och monotona dygnsrytmen (Tamm, 2012). Vårdmiljön på intensivvårdsavdelningen kan för patienten upplevas som både skrämmande och stressande. Patienten förlorar en del av sin integritet och blir helt utlämnad till vårdpersonalen och beroende av deras kompetens. Ofta är patienterna så kritiskt sjuka eller skadade att livet är direkt hotat. Patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning utsätts för stor stress och smärta, både under och efter vårdtiden. Att ha varit så svårt sjuk eller skadad, att det funnits en risk för döden, kan väcka mycket ångest hos patienten (Larsson & Rubertsson, 2012).

Majoriteten av intensivvårdspatienterna minns inte hur de hamnade på intensivvårdsavdelningen. Insikten om var de befinner sig och hur de hamnade där kommer inte förrän senare i vårdförloppet. Ovissheten i kombination med den stressfulla intensivvårdsmiljön kan leda till en hög psykisk påfrestning (Carr, 2007). Tidigare studier har kunnat identifiera olika fysiska och psykiska stressorer som kan påfresta individen ytterligare. Fysiska stressorer som framkommit är; besvär av endotrakealtuben, smärta, sömnsvårigheter, törst och besvär av ljudet från apparater och larm (Hweidi, 2007). Psykiska stressorer

inkluderade att som individ inte kunna kontrollera situationen, att inte kunna kontrollera sina kroppsfunktioner, oförmåga att kommunicera, att sakna sin familj och vänner samt att inte få tillräckligt med information (Carr, 2007).

Den psykiska påfrestningen som patienten utsätts för på en intensivvårdsavdelning kan under sjukhusvistelsen yttra sig som stress och ångest, men även som delirium och förvirring.

Påfrestningen kan även ge långtidskonsekvenser som depression och posttraumatisk stressyndrom (PTSD)(Carr, 2007). Det har framkommit att mer än en tredjedel av patienterna uppvisar posttraumatisk stress efter intensivvård (Asimakopoulou & Madianos, 2015).

Dessutom är flera patienter oroliga att de åter ska behöva intensivvård, då tiden på intensivvårdsavdelningen beskrevs som traumatisk (Corrigan, Samuelson, Fridlund, & Thomé, 2007).

Trots att upplevelsen av att vårdas på intensivvården är påfrestande så uppger en del patienter att det finns saker som underlättade vårdtiden. Trevligt och professionellt bemötande från personalen, kontinuerlig information och att hjälp med att bli tvättad och rakad är några av de saker som patienter har beskrivit som positivt (Samuelson, 2011). Det kan ses som värdefullt att få reda på vad som upplevdes som positivt av patienterna för att främja deras välmående. Likaså är det av stor vikt att studera om det finns händelser eller upplevelser som patienterna minns som speciellt påfrestande som skulle kunna minimeras.

Syfte

Att belysa patienters minnen av att ha vårdats på en intensivvårdsavdelning.

Metod

Metoden som valdes var en systematisk granskning av vetenskapliga artiklar vilket innebar att sökningen av relevant litteratur, urval och kvalitetsgranskning gjordes på ett systematiskt sätt. SBU:s handbok; "Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården" (2014) tillämpades. Varje fas i processen definieras och redovisas i uppsatsen.

Urvalskriterier

Inklusionskriterier var kvalitativa vetenskapliga artiklar om minnen av att ha vårdats på intensivvårdsavdelning, skrivna på engelska, publicerade 2005–2017 samt godkända av etiska kommittéer. Studierna skulle inkludera både vuxna kvinnor och män som vårdats på någon form av intensivvårdsavdelning. Exklusionskriterier som fastställdes var studier som var enbart kvantitativa, patienter som sedan tidigare haft känd minnesproblematik eller demensdiagnos och studier som uteslutande handlade om skallskador relaterat till minnen.

Sökstrategi

För att kunna göra en noggrann och systematisk litteratursökning bokades inledningsvis ett möte med bibliotekarie. Under mötet gjordes testsökningar på olika ord för att få en överblick av området och för att hitta relevanta sökord. Efter att ha erhållit en personlig vägledning i hur litteratursökning lämpligast sker i databaser startades sökningarna i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. Dessa databaser valdes utifrån att de bedömdes innehålla artiklar rörande ämnesområdet. Det anses krävas en utförlig sökning i minst två databaser för att sökningen ska bedömas vara tillräcklig. Sökning i flera databaser ger dessutom en minskad risk för systematiska fel när det gäller litteratursökningen. Målet var att om möjligt fånga alla relevanta studier samtidigt som antalet icke relevanta artiklar skulle bli så få som möjligt (SBU, 2014). Meshtermerna (MeSH) “Intensive care units” och “memory” valdes utifrån studiens syfte. För att sondera hela forskningsläget gjordes även sökningar med sökorden “critical care” och “intensive care unit”. För att säkerhetsställa att inga relevanta artiklar missades gjordes sökningar även i fritext. Den booleska termen “AND” användes för att specificera sökningen (SBU, 2014). Samtliga sökord och kombinationer användes i alla tre databaserna (Tabell 1). Sökningar gjordes tills det inte genererade något nytt material. Ytterligare sökningar gjordes även med snarlika termer och ord såsom “recall” och “patient experience” vilket inte resulterade i ytterligare relevanta artiklar.

Urval

Artiklarnas titlar lästes på samtliga sökträffar i alla tre databaser. De artiklar vars titel var relevant gick vidare till urval 1 där artikelns abstract lästes av författarna oberoende av varandra. Studier som inte bedömdes svara på denna studies syfte sorterades bort i samråd mellan författarna. Exempel på studier som exkluderas rörde bland annat blodsocker- och kortisolnivåers påverkan på minnet samt studier rörande minnet efter skallskador. Vid

tveksamhet valde författarna att hellre fria än fälla och artiklar beställdes därför i fulltext. I nästa urval lästes artiklarna enskilt i fulltext för att sedan återigen diskuteras. De artiklar som i andra steget visade sig inte motsvara inklusionskriterierna alternativt uppfyllde exklusionskriterierna togs bort. Studier som valdes bort innehöll exempelvis en jämförelse mellan olika läkemedelseffekter av minnet eller berörde minnesproblematik/minnespåverkan efter intensivvård. En studie exkluderades då det inte gick att urskilja om det var anhörigas eller patienters minnen som redovisades. Tolv artiklar kvarstod och inkluderades i denna studie (bilaga 1). De tolv artiklarna har sammanlagt mer än 600 deltagare. Studierna berörde patienters minnen av intensivvårdstiden, men syftena skilde sig mellan att undersöka minnen rent generellt, till att undersöka specifika minnen. Till exempel hade en studie som syfte att undersöka hur det är att leva med minnena medan en annan studies syfte var att skildra minnen av hallucinationer. Av de valda studierna hade sju som inklusionskriterie att patienterna skulle ha vårdats i ventilator.

Analys av data

De kvarstående artiklarna granskades i nästa steg gällande studiernas kvalitet. Detta gjordes utifrån granskningsmall avsedd för kvalitativ metod (Willman, Stoltz & Bahtsevani 2006), se bilaga 2. Studier bedömdes utifrån hög, medelhög och låg studiekvalitet. De artiklar som efter slutgiltigt urval kvarstod kvalitetsgranskades enskilt av författarna. Granskningsmallarna jämfördes sedan och diskuteras. Konsensus rådde mellan författarna gällande att alla granskade artiklar hade medelhög eller hög studiekvalitet. Enligt SBU (2014) bör endast artiklar som har hög och medelhög kvalitet inkluderas i en litteraturstudie. Efter granskningen blev de slutgiltiga artiklarna som inkluderades i denna litteraturstudie således nio artiklar med hög studiekvalitet och tre med medelhög kvalitet.

För att få förståelse för materialet lästes varje artikel ett flertal gånger. Artiklarna tabellerades i en matris (bilaga 1) och syntesen genomfördes utifrån Howell Major och Savin-Badens (2010) analysmetod. Syntesen skedde i fyrasteg utifrån ett kritiskt granskande förhållningssätt;

1. Författarna tog fram citat och text från artiklarna och utifrån dess innehåll fördes en diskussion. Citaten och texten delades sedan in i olika kategorier exempel "rädsla" och "drömmar".

2. Kategorierna från steg ett sammankopplades och likvärdiga kategorier slogs ihop till subkategorier efter flertalet diskussioner och förslag författarna sinsemellan. Olika förslag prövades men då de subkategorierna inte täckte allt material togs ytterligare förslag på subkategorier fram och provades. Till slut framkom tio slutgiltiga subkategorier.
3. Subkategorierna slogs samma till övergripande huvudkategorier. Gemensamma mönster och samband i subkategorierna diskuterades fram mellan författarna och resulterade i färre kategorier som beskrev artiklarnas gemensamma resultat. Det framkom således tre huvudkategorier.
4. Resultaten av slutgiltiga subkategorier och huvudkategorier integrerades och formulerades sammanfattande i löpande text utifrån framkomna huvud- och subkategorier. (Howell Major och Savin-Baden 2010).

Forskningsetiska avvägningar

Författarna har valt att enbart inkludera studier som är godkända av etiska kommittéer. Ett etiskt godkännande kan ses som en försäkran om att patienterna i studierna inte farit illa samt medverkat frivilligt.

Resultat

Efter utförd syntes framkom tre huvudkategorier; avsaknad av minnen och diffusa minnen, minnen av verkliga händelser samt minnen av överkliga händelser. Under samtliga tre huvudkategorier delades resultatet in i mellan två och fem subkategorier (Figur 1).

Avsaknad av minnen och diffusa minnesbilder	Minnen av verkliga händelser	Minnen av överkliga händelser
<ul style="list-style-type: none"> • Att inte minnas något • Att vara i en dimma 	<ul style="list-style-type: none"> • Att uppleva fysiska påfrestningar • Att minnas känslor • Att minnas anhöriga • Att interagera med personal • Att befinna sig i intensivvårdsmiljö 	<ul style="list-style-type: none"> • Att frukta för sitt liv • Att se vad ingen annan ser • Att uppleva andra platser

Figur 1. Huvudkategorier och subkategorier vilka fram kom efter analys enligt Howell Major och Savin-Badens (2010).

Avsaknad av minnen och diffusa minnesbilder

I studien framkom det att patienter hade både total avsaknad av minnen eller inte kunde särskilja minnena från verklighet och överklighet.

Att inte minnas något

Tiden på intensivvårdsavdelningen beskrevs bland annat som ett blankt papper: *“I have no recollection”*; *“... it’s a blank between the day I arrived and the next morning...”*; *“I can’t remember anything...”* (Chahraoui, Laurent, Bioy, & Quenot, 2015).

Trots att patienterna uppgav att de inte hade några minnen från intensivvårdsavdelningen, framkom fragmentariska minnen under intervjuernas gång (Chahraoui, et al, 2015). Patienter kunde även börja minnas om de blev påmindas om något från vårdtiden (Storli, Lindseth, & Asplund, 2008).

“Suddenly things come to the surface...I was in the shop, and there was a voice - that startled me. I broke out in a sweat! Then my mother told me that it was someone who was a nurse there...(..) And then I got this feeling of being held down, pressed down, that my mother says is maybe real, because I was so restless for a time there...[...] Now I can sort of place it” (Storli, et al, 2008).

Det förekom att patienterna inte kom ihåg att de hade varit intuberade eller att personalen hade sugit i endotrakealtuben (Löf, Berggren, & Ahlström, 2006). Patienter uppgav att de inte kom ihåg besök från anhöriga eller att det var andra patienter på salen (Löf et al, 2006). För en del patienter var inte något problem att de inte kom ihåg tiden på intensivvårdsavdelningen, medan andra hade gjort efterforskningar om vad som hade hänt dem. Anhöriga blev ett verktyg för att fylla i de tomma luckorna (Minton, & Carryer, 2005). Patienter uppgav vikten av att anhöriga och vårdpersonal berättade om tiden på intensivvårdsavdelningen för att de skulle kunna bearbeta vårdtiden. Det förekom även att det kunde upplevas som positivt att inte komma ihåg någonting då rädsla fanns för vilka effekter minnena skulle ha på livet (Ringdal, Plos, & Bergbom, 2008).

Att vara i en dimma

Tiden på intensivvårdsavdelningen beskrevs som ett enda stort kaos (Storli, et al, 2008) med minnen av mardrömmar och hallucinationer. (Minton & Carryer, 2005). De beskrev minnena som att befinna sig i en bubbla (Ringdal et al, 2008), i ett svart hål eller i en annan värld (Löf et al, 2006; Samuelson, 2011). Andra uttryckte det som att de befann sig i en dimma och minnena var fragmentariska och vaga (Chahraoui, et al, 2015; Löf et al, 2006; Meriläinen, Kyngäs, Ala-Kokko, 2013; Magarey & McCutcheon, 2005; Minton & Carryer, 2005; Samuelsson, 2011; Storli et al, 2008; Wade, Brewin, Howell, White, Mythen, & Weinman, 2015). Det var svårt att orientera sig i tid och rum och patienter berättade att de inte visste var de befann sig (Löf et al, 2006; Samuelsson, 2011). *"It was uncomfortable; I didn't know who I was or where I was[...]"* (Svenningsen, Egerod, & Dreyer, 2016).

Svårigheter att placera händelser i verklighet eller överklighet ledde till frustration och ångest (Löf et al, 2006) och de kunde inte avgöra om surrealistiska händelser tillhörde verklighet eller drömmar (Chahraoui, et al, 2015; Meriläinen, et al, 2013): *"... it was a very confusing world."*, *"I didn't know if I was asleep or awake"*, *"I didn't realise what was real and what was unreal"* (Meriläinen, et al, 2013). När patienter svävade in och ut ur verkligheten försökte de koncentrera sig på det de visste var verkligt. *"I must have been drifting sort of in and out and in and out"* (Magarey & McCutcheon, 2005).

Minnen av verkliga händelser

Patienterna återberättade om faktiska minnen från vårdtiden på intensivvårdsavdelning som rörde både fysiska obehag, känslor, vårdpersonalen, anhöriga och intensivvårdsmiljön.

Att uppleva fysiska påfrestningar

Patienter redogjorde för fysiska obehagliga minnen, varav ett vanligt förekommande minne var andnöd (Löf et al, 2006; Löf, Berggren, Ahlström, 2008; Meriläinen et al, 2013; Ringdal et al, 2008; Samuelsson, 2011; Wade et al., 2015). De beskrev utförligt känslan av att inte få luft och upplevelsen av att känna sig kvävd: *"I felt like I was panicking when I couldn't breathe. "But you're getting oxygen", the nurse said. They could see it on a dial, she said"* (Löf et al, 2008).

Syrgasmasken var något som störde genom att sitta för hårt och att det var obehagligt när luft blåstes in (Löf et al, 2006; Meriläinen et al, 2013; Samuelson, 2011; Wade et al., 2015). Det fanns även rädsla för att kvävas av sitt sekret och att inte få i sig tillräckligt med luft. En positiv upplevelse var lättnaden av att bli av med slem och få hjälp med sina andningsbesvär. (Samuelson, 2011). Fysiska upplevelser som handlade om andnöd kunde patienterna komma ihåg tio år senare och de fick rysningar bara av att tänka tillbaka på känslan (Storli et al, 2008).

Smärta var vanligt förekommande (Löf et al, 2006; Löf et al, 2008; Meriläinen et al, 2013; Ringdal et al 2008; Samuelson, 2011; Wade et al., 2015). Patienter som inte fick smärtlindring när de upplevde att de hade behov för det beskrev hur de kände sig övergivna (Ringdal, et al, 2008). Minnen som upplevdes som smärtsamma hade etsat sig fast mer än andra minnen.

Att uppleva törst var något som beskrevs som påfrestande (Meriläinen et al, 2013; Samuelsson, 2011). Patienter kom ihåg lättnaden av att få släcka törsten med en klunk vatten eller lite is (Samuelson, 2011). *“My mouth was like a desert, I was so thirsty. I was the only thing in my mind, it was the most unpleasant thing I remember of my stay”* (Samuelson, 2011).

Andra fysiska besvär som patienter kom ihåg som obehagliga eller smärtsamma var sjukgymnastik, lägesändringar, besvär av infarter samt att svettas eller frysa (Löf et al, 2006, 2008; Minton & Carryer, 2005; Samuelson, 2011; Wade et al., 2015).

Att minnas känslor

Den akuta situationen och att vara kritiskt sjuk beskrevs som skrämmande och chockartad. Hotet mot individens existens gav panikkänslor och rädsla för döden. Ångest, ilska och frustration upplevdes samtidigt som depressiva känslor som att vara ledsen, ensam och isolerad beskrevs (Chahraoui et al, 2015; Magarey & McCutcheon, 2005; Meriläinen et al, 2013; Samuelsson, 2011). Minnen av att känna sig värdelös i den egna kroppen och en uppgivenhet som blandades med rädslan för döden förekom. Exempelvis beskrevs känslan och rädslan av att få anestesi och att aldrig vakna upp igen (Löf et al, 2008). Att inte veta vad som skulle hända eller prognosen för tillfrisknande gav oro och tankar kring risken för att dö

(Löf et al, 2008; Ringdal et al, 2008). *“I felt with all my body that something was wrong and that my life was threatened”* (Löf et al, 2008).

Minnen förekom av att vara utlämnad, sårbar och exponerad vilket gav förlust av kontroll (Svenningsen, et al, 2016). Situationen gav en känsla att andra styrde ens eget öde (Löf et al, 2008; Ringdal et al, 2008). En del patienter minns att de accepterade situationen och överlämnade sig i personalens händer (Minton, & Carryer, 2005) medan andra mindes en känsla av maktlöshet och svårigheten i att bli ett objekt för vården (Meriläinen, et al, 2013). Att förlita sig på andra och att inte kunna ta hand om sig själv gav en känsla av sårbarhet och förlust av självkänsla (Ringdal et al, 2008). Det förekom minnen av att vara fången i en icke-fungerande kropp och en frustration över att inte kunna kommunicera verbalt (Chahraoui, et al, 2015; Ringdal et al, 2008; Magarey & McCutcheon, 2005). Patienter kunde komma ihåg en känsla av att inte kunna nå andra människor, de hörde människor säga deras namn men var oförmögna att kommunicera tillbaka (Ringdal et al, 2008).

Positiva känslor och minnen av lättnad, tacksamhet och glädje över att vara i livet förekom (Ringdal et al, 2008; Samuelsson, 2011), men även tomhetskänslor efter att vaknat upp ur sedering. Det upplevdes svårt att förstå och återfå kontroll över situationen (Löf et al, 2008).

Att minnas anhöriga

Det förekom att patienter inte kom ihåg eller bara hade diffusa minnen av besök från anhöriga (Löf et al, 2006). De som kom ihåg att anhöriga hade varit där berättade att deras närvaro hade stor betydelse och kunde göra att patienterna återkom till verkligheten från diffusa drömmar och överklighetskänslor.

My son, was at the end of the bed, and was crying. And I thought what's wrong with ya, he's like “Well we thought we lost ya dad”, and I can still remember that. As far as I was concerned, that was the first part that was real, that happened. My son was there, and he was crying...that's when I knew I was in hospital. (Magarey & McCutcheon, 2005).

Anhöriga gav patienterna en kontakt med den yttre verkliga världen under deras besök vilket gav en känsla av trygghet. Patienterna kom ihåg att de kände sig stärkta och älskade efter

besöken och det fick tiden att gå fortare (Ringdal et al, 2008). Positiva minnen handlade övervägande om anhöriga och familjemedlemmar (Chahraoui, et al, 2015). Betydelsen av anhöriga förekom även i stunder då anhöriga inte var fysiskt närvarande, som att få se vykort från anhöriga eller att fotografier fanns vid sängplatsen (Storli, et al, 2008; Löf et al, 2008). Det förekom dock även att patienterna var oroliga över hur deras kritiska situation belastade familjen och över hur deras anhöriga hanterade situationen (Ringdal et al, 2008).

Att interagera med personal

Vårdpersonalens bemötande var av stor betydelse för patienterna och personalens närvaro fick dem att känna sig trygga (Löf et al, 2008; Samuelson, 2011).

I felt secure when I was there [in the intensive care]. I could put myself in their hands-because there were always people who were nice to me. I had a strong feeling that there were several people there who were nice to me, and that gave me a strong feeling of security (Löf et al, 2008).

Ord som användes för att beskriva vårdpersonalen var bland annat; vänliga, gulliga, hjälpsamma, snälla, professionella, tillgängliga, duktiga, positiva, duktiga, varma, humoristiska och engagerade (Löf et al, 2008; Samuelsson, 2011). Patienter uppgav att de kände sig trygga men även att de upplevde personalen som otrevlig och stressad (Löf et al, 2008; Magarey & McCutcheon, 2005; Meriläinen, et al, 2013; Ringdal et al, 2008; Samuelsson, 2011). Situationer där förolämpande och nedsättande kommentarer fällts från personalen om patienterna gjorde att de tvivlade på sina egna förmågor (Magarey & McCutcheon, 2005; Ringdal et al, 2008; Samuelsson, 2011). Det hände även att sjuksköterskorna hade privata konversationer med varandra över patientens huvud (Samuelsson, 2011). Patienter berättade även om känslan att bli ignorerade och känna sig förbisedd (Chahraoui et al, 2015).

Trots negativa minnen av vårdpersonalen uppgav patienter på frågan om vad de minns som positivt först och främst personalen (Ringdal et al, 2008; Samuelsson, 2011). Deras engagemang, coaching och uppmuntran var viktigt för patienternas tillfrisknande och gav dem motivation och hopp om att allt skulle bli bra igen (Löf et al, 2008; Magarey & McCutcheon, 2005; Samuelsson, 2011). Patienterna minns med tacksamhet olika

omvårdnadsåtgärder som personalen utförde och beskrev hur skönt det var att få bli duschad (Ringdal et al, 2008), få tänderna borste (Löf et al, 2006) och att få bada (Samuelsson, 2011).

Att befinna sig i intensivvårdsmiljö

Likartade minnen om intensivvårdsmiljön beskrevs i flera studier. Störande ljud från apparatur var något som flera patienter kom ihåg (Chahraoui et al, 2015; Löf et al, 2006; Samuelson, 2011), samt skrik från medpatienter (Meriläinen, et al, 2013) och personal som var högljudda (Minton & Carryer, 2005). Det faktum att det aldrig var tyst och lugnt på salen störde patienterna (Löf et al, 2006; Meriläinen, et al, 2013; Samuelson, 2011) och deras sömn (Löf et al, 2006; Minton & Carryer, 2005; Meriläinen, et al, 2013; Samuelson, 2011). Vårdmiljön beskrevs som kaotisk (Löf et al, 2006; Samuelson, 2011) med mycket folk på salen som sprang in och ut ur salen, vilket gav en stressande atmosfär (Löf et al, 2006; Meriläinen, et al, 2013; Samuelson, 2011).

Apparatur och monitorer upplevdes som stressande, speciellt tillfällen då det inte fungerade tillfredställande samt vid förflyttningar. Patienterna beskrev känslan att ständigt vara övervakad och stressen över att inte kunna påkalla personalens uppmärksamhet när de ville förmedla något och inte hade en ringklocka vid sängen (Samuelson, 2011). Patienterna upplevde att personalen var i ständig brådska och konversationer pågick dem emellan konstant (Meriläinen, et al, 2013). Enkla åtgärder som att få en kall fläkt, en lugn stund på eftermiddagen eller att lyssna på behaglig musik kändes tillfredställande (Samuelsson, 2011).

Minnen av överkliga händelser

Flera patienter beskrev överkliga händelser varav majoriteten var obehagliga och detaljerade, det förekom dock även trevliga minnen.

Att frukta för sitt liv

Obehagliga upplevelser som inte härrörde från verkligheten beskrevs (Chahraoui, et al, 2015; Guttormson, 2014; Löf et al, 2006; 2008; Magarey & McCutcheon, 2005; Minton & Carryer, 2005; Samuelsson, 2011; Storli, et al, 2008; Svenningsen, et al, 2016; Ringdal et al, 2008; Wade et al, 2015). Överkliga upplevelser etsade sig fast i minnet (Storli, et al, 2008) och många kunde beskriva detaljerade minnen (Löf et al, 2006; Samuelsson, 2011; Storli, et

al, 2008). Hallucinationer och mardrömmar upplevdes som fruktansvärt skräckinjagande och verkliga: *“I can still see the guy with the chainsaw, chopping up people”* (Minton & Carryer, 2005).

Känslan av att någon försökte döda eller skada patienterna på olika sätt återkom ofta (Guttormson, 2014; Samuelsson, 2011; Wade et al, 2015) vilket kunde ske genom förgiftning, tortyr, misshandel, dränkning eller strypning (Guttormson, 2014; Wade et al, 2015). Minnen som handlade om att vårdpersonalen försökte göra dem illa förekom (Löf et al, 2008; Magarey & McCutcheon, 2005; Samuelsson, 2011; Svenningsen, et al, 2016). *“I thought that they were going to kill me- that the nursingstaff were going to kill me and sell my body parts overseas”* (Magarey & McCutcheon, 2005). Patienterna trodde att personalen konspirerade mot dem och skulle stjäla deras organ eller ge en injektion i syfte att skada (Magarey & McCutcheon, 2005; Wade et al, 2015). Planer smeds för att fly från vårdpersonalen som i scenariot var fiende (Magarey & McCutcheon, 2005). Även anhöriga förekom i hallucinationerna och känslan av att både vårdpersonal och anhöriga var emot patienterna fick dem att känna sig övergivna (Svenningsen, et al, 2016).

Att se vad ingen annan ser

Synhallucinationer var vanligt förekommande och beskrevs med stor variation och kunde röra både upplevelser, människor och föremål. Saker och ting kunde sväva omkring i salen och patienterna kände sig lurade av sina sinnen då de egentligen visste att dessa föremål inte kunde förflytta sig (Samuelsson, 2011; Svenningsen et al, 2016). Hallucinationerna kunde upplevas som hotfulla. Det fanns starka minnen av känslan att sjunka genom sängen eller i kvicksand (Löf et al, 2008; Svenningsen et al, 2016). *“I lay in bed and kept sinking – the more I tried to move, the more I sank”* (Svenningsen et al, 2016). Vissa hallucinationer var av surrealistisk karaktär: *“It was the colour purple. I couldn’t escape the colour- it pursued me. I was caught by it. I admit that it was hard to describe later- how can a colour go after me?”* (Svenningsen et al, 2016).

Återkommande hallucinationer om icke existerande personer upplevdes som så verkliga att dessa personer döptes:

The hallucinations were unpleasant, but I'm still grateful to 'Michael' who was sitting above my bed. He was there for me, and helped me with those nasty people. He defended me when the others were sitting there throwing stuff at me. 'Daniel' threw pieces of paper at me [...] (Ringdal et al, 2008).

Skräckinjagande hallucinationer om djur och insekter var något som förekom (Löf et al, 2006; Ringdal et al, 2008; Samuelsson, 2011). Det beskrevs hur ormar och människor kröp ner längs väggen och mot sängen (Ringdal et al, 2008). När patienterna berättade för anhöriga eller vårdpersonal om sina syner bemöttes de ofta av skratt eller kände att de inte blev tagna på allvar (Ringdal et al, 2008; Svenningsen et al, 2016).

Att uppleva andra platser

Overkliga händelser kunde utspela sig i andra miljöer och länder vilket kunde yttra sig som resor till andra världsdelar, resor till hemmet eller att personalen talade ett främmande språk (Guttormson, 2014; Löf et al, 2006). Olika fordon för att ta sig fram användes, allt från patientsängar till helikoptrar (Svenningsen, et al, 2016) Transporter eller resorna upplevdes ibland som obehagliga (Samuelson, 2011; Storli, et al, 2008).

I was lying inside a radiation machine...The light was so intense that you felt like you were being bombarded with X-rays. I was awfully afraid...because I thought that I was lying on board the Kiel ferry...I managed to get my foot over...a kind of railing...but then someone immediately took it down again...What I was trying to do was to get out of there...and get hold of the captain and get him to help me! (Storli, et al, 2008).

Minnen av resor och att vara någon annanstans kunde inkludera både anhöriga och vårdpersonal (Storli, et al, 2008). Även om det inte var vanligt så minns en del patienter trivsamma drömmar om resor, fester och events (Samuelson, 2011). Det fanns minnen av helikopterresor och fester som anhöriga och sjuksköterskor hade anordnat (Ringdal et al, 2008;Svenningsen, et al, 2016). Patienterna upplevde sig som deltagare i ett spel eller experiment vilket andra kontrollerade, och uppfattade situationen som om att någon styrde dem med fjärrkontroll (Svenningsen, et al, 2016).

Diskussion

Metoddiskussion

En litteraturstudie syftar till att föra fram den kunskap som finns inom det utvalda området (Polit & Beck, 2008). Metodförfarandet vid en litteraturstudie är att systematiskt finna, granska och kvalitetsbedöma den litteratur som är relevant inom området. Processen ska i alla led redovisas för den tilltänkta läsaren (Willman et al, 2011). Val av metod gjordes efter sökning inom ämnesområdet där det framkom att tidigare litteraturstudier inom området inte fanns publicerade de senaste tio åren. Författarna ansåg därför att det var av vikt att göra en sammanställning av tidigare forskning.

Det finns både styrkor och svagheter med att göra en litteraturstudie. En styrka är att det ofta genererar en stor population samt ger läsaren en sammanfattning av tidigare studier. Denna studie inkluderar över 600 patienter vilket hade varit svårt att uppnå med en empirisk studie. En svaghet med systematisk litteraturstudie kan eventuellt vara att det material som analyseras, redan är analyserat i en tidigare studie. Därmed är materialet redan tolkat av en utomstående part. Resultat kan dessutom tolkas på olika sätt och få olika innebörder, särskilt när artiklarna är skrivna på engelska. Översättningen till svenska är inte alltid självklar och misstolkning kan lätt ske. Vid översättning har författarna haft en strävan att vara så noggranna som möjligt för att undvika feltolkning av materialet. Vid citat har originalspråket engelska använts för att fånga innebörden i orden.

För att undvika misstolkningar har resultaten diskuterats mellan de två författarna. Konsensus rådde mellan författarna genom hela syntesen. Författarna har även försökt att sätta sin förförståelse åt sidan för att studien ska bli trovärdig.

Eftersom studiens syfte är av kvalitativ karaktär inkluderades endast kvalitativ forskning. Kvalitativ forskning är all forskning vars resultat inte är en produkt av statistiska processer eller andra kvantitativa ansatser (SBU, 2014). Vissa av studierna som inkluderades tillämpade både kvalitativ och kvantitativ metod men endast kvalitativ data inkluderas i denna litteraturstudie.

Databaserna PubMed, CINAHL och PsychINFO valdes eftersom de anses vara relevanta databaser inom omvårdnadsprofessionen. Sökning i andra databaser skulle eventuellt ha gett träffar på fler artiklar, men resultatet som framkom bedömdes ge en överblick av det aktuella kunskapsläget. Sökorden valdes utifrån att de skulle vara adekvata för studiens syfte då sökorden i en kvalitativ studie anses vara centrala för det som ska beskrivas (Polit & Beck, 2008). Både fritextsökning och MESH-termer användes för att inte gå måste om eventuellt material. Syftet med att använda sökord var att få ett överskådligt antal artiklar. Efter att ha genomfört testsökning gällande studier publicerade de senaste tio åren ansåg författarna att materialet eventuellt var för begränsat för att genomföra en litteraturstudie. Det föranledde artiklar publicerade de senaste tolv åren inkluderades, vilket resulterade i ytterligare tre artiklar. Att ha en begränsning gällande hur gamla artiklarna skulle vara gav troligen ett aktuellt resultat samt ett rimligt antal artiklar.

Vid en systematisk litteraturstudie ska den strukturerade processen leda fram till att eventuell bias utesluts (SBU, 2016). För att en objektiv tolkning ska kunna göras bör minst två personer, oberoende av varandra, granska och kvalitetsbedöma studierna utifrån redan bestämda kriterier (Willman et al, 2011). Med det i åtanke har författarna därför granskat artiklarna separat för att försöka undvika personliga tolkningar och istället försöka objektivt granska dem. De kriterier som författarna utgått ifrån vid kvalitetsbedömning härstammar från Willman et al (2006) granskningsmall. Granskningen visade att artiklarna var av bra eller medelbra kvalitet, vilket enligt SBU (2014) är en förutsättning för att kunna inkludera artiklar i en systematisk litteraturstudie.

Transparens är grunden i att vara trovärdig i sin syntes, vilket är svårt i alla faser eftersom mycket sker genom forskarnas tolkning och diskussion som är svår att beskriva (Howell Major & Savin-Badin, 2010). Utvärdering av syntesen skedde under hela arbetet och primärstudierna var i fokus för att inte tappa bort data. Författarna till föreliggande studie har noggrant beskrivit tillvägagångssättet för datainsamlingen och illustrerat det i ett sökschema för att den tilltänkta läsaren ska kunna upprepa sökningen.

En svaghet i denna litteraturstudie kan vara att de granskade artiklarnas syften har varit olika, varvid en del har varit vinklade till exempelvis negativa minnen av intensivvården. Hälften av artiklarna hade som inklusionskriterie att deltagarna ska ha varit ventilatorbehandlade, vilket

skulle kunna skapa negativa minnen. Då många patienter på en intensivvårdsavdelning ventilatorbehandlas kan det ändå anses vara relevant data att inkludera i denna studie.

Denna litteraturstudie genomsyras av ett systematiskt tillvägagångssätt för att ge en trovärdighet av studiens resultat. Författarna har endast inkluderat artiklar av bra eller medelbra kvalitet vilket kan ses som en styrka. Studierna är gjorda i olika länder men majoriteten i Skandinavien. Trots en viss geografisk spridning så återkommer liknande resultat vilket författarna tolkar som en indikator på att resultaten speglar de svenska intensivvårdspatienternas minnen.

Resultatdiskussion

Patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning har minnen i varierande grad. Att vårdas på en intensivvårdsavdelning kan ge både amnesi, diffusa eller detaljerade minnen vilket kan påverka patienterna. Resultatet i denna litteraturstudie visar att en del patienter minns händelser och drömmar väldigt tydligt och kan beskriva dessa minnen detaljerat. Andra patienter kommer inte ihåg någonting eller har diffusa och fragmentariska minnen. Det stämmer väl överens med tidigare studiers resultat där det framkommer att många patienter inte kommer ihåg någonting eller endast minns vissa delar av vårdtiden (Karlsson & Forsberg, 2008; Roberts, Rickard, Rajbhandari & Reynold, 2006). Anledningen till varför vissa patienter minns händelser från intensivvårdsavdelningen och andra inte, är inte helt klarlagt. Tidigare studiers resultat har visat att sedering är en av de främsta faktorerna som påverkar minnet. Enligt Samuelson, Lundberg, & Fridlund (2006) ökar tung sedering risken för amnesi och en lång vårdtid på intensivvårdsavdelning ger även en ökad risk för överkliga minnen. Även bristen på sömn och delirium kan orsaka minnesförlust (Jones, Griffiths, Humphris, 2000). En annan förklaring till minnesförlust kan vara att obehagliga upplevelser förskjuts från det medvetna till det omedvetna vilket kan bero på att hjärnan tränger undan påfrestande och obehagliga minnen. Dessutom leder kritisk sjukdom till ett fysiologiskt stresspåslag som kan försämra minnesfunktionen (Bunkholdt, 2008). Intensivvårdssjuksköterskan bör vara medveten om att ett flertal faktorer påverkar patientens minne och i omvårdnadsarbetet främja psykosociala faktorer.

Minnesförlusten kan fungera som en skyddsmekanism för patienternas välbefinnande och livskvalitet efter vården. Resultatet i denna studie visade att patienter kan känna en lättnad

över att inte komma ihåg någonting av vårdtiden på grund av rädsla för hur minnena annars skulle påverka den egna livskvaliteten. Vissa patienter ville dock eftersöka sina minnen och gjorde det med hjälp av bland annat anhöriga. Det har framkommit i andra studier att patienter blivit hjälpta av att personal och anhöriga fört dagbok över vårdtiden. Patienter beskrev då hur detaljer i dagboken gjorde att obehagliga upplevelser fick sina förklaringar och minnesluckor och tid som förlorats under vårdtiden fylldes med innehåll (Egerod & Bagger, 2010). När patienterna läste dagboken bekräftades att mardrömmarna endast var drömmar och de kunde uppleva en lättnad (Engström, Grip, Hamrén, 2009). Dagbok har dessutom visat sig ha en positiv effekt på ångest och depression två månader efter utskrivning från intensivvårdsavdelning (Knowles & Tarrier, 2009) samt ökat livskvaliteten bland kritiskt sjuka patienter (Backman, Orwelius, Sjöberg, Fredrikson & Walther, 2010). Det framkom inte i de granskade studierna för denna litteratursammanställning om patienterna hade använt en dagbok över intensivvårdstiden som hjälpmedel för att återkalla minnen. En tänkbar förklaring kan vara att studierna är hämtade från olika länder där intensivvårdsdagbok kanske inte appliceras eller att studierna inte haft som syfte att undersöka detta eller redovisat det som bifynd. Oavsett om patienterna känner rädsla för att minnas eller om de uttrycker behov av att veta vad som hänt så verkar många vara behjälpta av en dagbok. Intensivvårdspatienter kan gynnas av att få en dagbok förd under vårdtiden och intensivvårdssjuksköterskan har en viktig roll i att initiera och skriva i den. På så sätt skapar intensivvårdssjuksköterskan goda förutsättningar för att patienten ska få en bättre livskvalité och minskar risken för depression och ångest efter utskrivning.

För patienter som inte hade minnesförlust var många minnen negativa vilket inte ter sig överraskande då det allvarliga sjukdomstillståndet samt överkliga och obehagliga upplevelser kan orsaka dödsångest, rädsla, oro och kontrollförlust. Döden är närvarande i både verkligheten och i drömmar och hallucinationer. Resultatet i denna studie visade att majoriteten av patienternas minnen var negativa och handlar om obehagliga och överkliga upplevelser. En förklaring till att det framkom framförallt negativa minnen skulle kunna vara att många av de studier som inkluderats i denna litteraturstudie haft som avsikt att studera just obehagliga och överkliga minnen, vilket kan ha påverkat resultatet. Det har visat sig att ju obehagligare upplevelser patienterna utsätts för, desto starkare minns de händelserna (Rotondi, Chellurri, Sirio, & Pinsky, 2002). Tidigare forskning har visat ett samband mellan otäcka minnen och/eller hallucination och utvecklandet av symtom av posttraumatisk stress

syndrom(PTSD) (Davydow, Gillford, Desai, Needham & Bienvenue, 2008; Jones, Griffiths, Humphris & Skirrow, 2001). Ett sätt att förebygga PTSD är att medvetandegöra för patienten att hallucinationen inte är verklig (Jones et al, 2001). Det är möjligt att vårdpersonalen i de granskade artiklarna berättade för patienterna att hallucinationerna inte var verkliga men att patienterna inte kommer ihåg det. Vad de däremot kom ihåg var att personalen skrattade åt deras ibland bisarra hallucinationer vilket ledde till frustration och en känsla av övergivenhet hos patienterna. Det skulle kunna indikera att sjuksköterskorna inte tog deras känslor på allvar. Det är viktigt att sjuksköterskan försöker förebygga negativa minnen då en studie av Ringdal et al (2009) visade att patienter som upplevt överkliga minnen hade sämre livskvalitet och mer ångest och depressioner jämfört med patienter som inte hade dessa minnen. Vissa av de negativa minnen som förekom i denna litteraturstudie kunde ha undvikits om intensivvårdssjuksköterskan tagit patienternas rädsla på allvar och bemött dem respektfullt.

Desorientering är något som för patienten på en intensivvårdsavdelning kan bidra till oro och stress. Resultatet i denna litteraturstudie visar att intensivvårdspatienter ofta upplever sig sväva mellan medvetande och omedvetande och försöker klamra sig fast vid det som är verkligt. Att vara orienterad är av stor vikt för patienterna, vilket påvisas i en studie där orienteringsförlust rankades som det näst högsta stressmomentet för patienterna (Corncock, 1998). Författarna har diskuterat om patienternas upplevelse av att sväva in och ut ur verkligheten kan bero på bolusdoser av analgetika och sederande, vilket kan göra att de i ena stunden upplever sig som vakna för att i nästa stund hamna i en dvala. Bolusdosers effekt på patienternas minnen hade varit av intresse att undersöka i framtida studier. Kanske bör intensivvårdssjuksköterskan utvärdera seedningsnivå frekvent för att optimera grundsedering och på så vis eventuellt kunna minska antalet bolusdoser. Oavsett anledning till varför patienterna är desorienterade så har intensivvårdssjuksköterskan en viktig roll i att verklighetsanknyta patienterna genom att orientera dem till här och nu. Det är viktigt att dagligen upprepa var patienterna befinner sig. Vilken dag och tid det är kan hjälpa dem att känna sig orienterade, om så bara för stunden. Att kontinuerligt orientera patienten har visat sig minska risken för att drabbas av delirium (Colombo et al, 2012). Detta är en kostnadsfri och enkel omvårdnadsåtgärd som ter sig vara implementerad i det dagliga omvårdnadsarbetet för intensivvårdssjuksköterskan men som ibland kanske glöms bort. Det är därför viktigt att lyfta att enkla omvårdsåtgärder kan ha stor effekt för patienten.

Utifrån denna litteraturstudies resultat ter det sig som att primära och sekundära behov i Maslows pyramid för den kritiskt sjuke som inte tillfredsställs skapar ett starkt obehag och negativa minnen. Det är viktigt att patientens primära behov ombesörjs av intensivvårdssjuksköterskan för att möjliggöra för patienten att klättra högre upp i Maslows behovspyramid. Många patienter minns primära fysiska besvär som törst, smärta, andningsbesvär och rädsla för att kvävas. Resultat kan dock ha färgats av att hälften av artiklarna som granskades i denna litteraturstudie hade som inklusionskriterie att patienten skulle ha varit ventilatorbehandlade. Resultatet kan dock ändå ge en rättvis bild då många patienter på en intensivvårdsavdelning ventilatorbehandlas och således har andningsbesvär.

De sekundära behoven är extra viktiga för en intensivvårdspatient då de har ett ökat behov av trygghet eftersom de befinner sig i ett hjälplöst tillstånd. Vikten av trygghet speglades i denna litteraturstudies resultat där det framkommer att patienter minns känslan av kontrollförlust och uttrycker ett behov av trygghet från omgivningen. Det visar sig främst vara personalens bemötande som är viktigt för att patienterna ska känna trygghet. En svensk studie har visat att vårdpersonal är medvetna om att de utgör en stor trygghet för patienterna men att de tenderar att underskatta hur stor den betydelsen är för patienten. Det har visat sig att svenska sjuksköterskor tror att deras färdigheter och kompetens i att handha medicinskteknisk apparatur inger trygghet för patienten, medan patienterna menar att bemötandet och förmågan att visa omtanke och lugna är det som är viktigast (Hofhuis, Spronk, van Stel, Schrijvers, Rommes, & Bakker, 2008; Wåhlin, Ek, & Idwall, 2009). Att det är just bemötandet som är viktigt för patienternas känsla av trygghet är intressant då fokus inte ligger på det i Maslows behovspyramid vid kritisk sjukdom. Istället beskrivs trygghet utifrån praktiska åtgärder som sjuksköterskan kan utföra genom att exempelvis förebygga trycksår och ulcus (Jackson et al, 2014). En förklaring till att sjuksköterskor och patienter har olika syn på trygghet kan vara att patienterna inte är medvetna om olika omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan gör för att säkra tryggheten kring patienten. Åtgärder som exempelvis ulcusprofylax sker i det dolda för patienten medan sjuksköterskans bemötande är mer synligt för patienten. Det kan diskuteras om vikten av ett empatiskt bemötande borde lyftas fram ytterligare i Maslows behovspyramid hos den kritiskt sjuke. Författarna anser att ett empatiskt bemötande inger trygghet och därmed kan främja positiva minnen hos patienterna. De positiva minnen som framkommit i denna studie är bland annat lättnaden av att få analgetika, att få fukta munnen och att känna

stöttning och trygghet från anhöriga och intensivvårdssjuksköterskan. När patienternas behov uppfylls känner de sig således sedda och omhändertagna.

Genom att förstå och arbeta utifrån Maslows behovspyramid för den kritiskt sjuke kan intensivvårdssjuksköterskans handlingar utgöra en grund som möjliggör en bättre livskvalité och minskat lidande för patienten. Denna studies resultat visar att patienter har både positiva och negativa minnen från intensivvårdstiden. Påfrestande minnen har visat sig leda till negativa konsekvenser som kan ge längre sjukhusvistelser och eventuellt behov av psykisk rehabilitering. Förutom ett ökat lidande för patienten är det dessutom kostsamt utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv. Genom enkla omvårdnadsåtgärder kan intensivvårdssjuksköterskan främja positiva minnen och på så vis minska risken för negativa långtidskonsekvenser för patienten och samhället.

Konklusion och implikationer

Patienters minnen från intensivvårdsavdelningen kan variera från inga minnen, till diffusa samt verkliga och överkliga minnen. Överkliga minnen och få verkliga minnen kan ge negativa konsekvenser gällande livskvalitet och psykiskt välmående.

Intensivvårdssjuksköterskan bör arbeta aktivt för att ge patienterna bra förutsättningar för att minnas och att minnas verkliga händelser genom att minska sedering, att verklighetsanknyta patienten, förebygga delirium och inge trygghet genom att informera och bemöta patienten väl. Genom att föra dagbok under vårdtiden kan intensivvårdssjuksköterskan bidra till att patienten i efterförloppet ges en möjlighet att återkalla minnen.

Känslor som rädsla och otrygghet etsar sig fast i patienternas minne. Dessa känslor kan vara en konsekvens av fysiska obehag, hallucinationer och överkliga minnen. För att patienten ska få behov uppfyllda högre upp i Maslows pyramid för den kritisk sjuke är det av vikt att intensivvårdssjuksköterskans fokus inte bara bör ligga på den fysiska återhämtningen utan även på det psykiska välbefinnandet. På så sätt har intensivvårdssjuksköterskan en möjlighet att minska de negativa och främja de positiva minnen patienten får från intensivvårdsavdelningen. Vidare forskning som belyser vilka strategier intensivvårdssjuksköterskan kan använda för att främja positiva minnen hade varit värdefullt.

Referenser

Arai, D. (2005). *Introduktion till kognitiv psykologi*. Lund: Studentlitteratur

Asimakopoulou, E., & Madianos, M. (2015). Posttraumatic Stress Disorder After Discharge From Intensive Care Units in Greater Athens Area. *Journal of trauma nursing*, 22(4), 209-217. doi: 10.1097/JTN.0000000000000142.

Backman, C. G., Orwelius, L., Sjöberg, F., Fredrikson, M., & Walther, S.M. (2010) Long-term effect of the ICU-diary concept on quality of life after critical illness. *Acta Anaesthesiol Scand*, 54(6), 736-43. doi: 10.1111/j.1399-6576.2010.02230.x.

Bunkholdt, V. (2008). *Psykologi- en introduktion för sjuksköterskor, socialarbetare och övrig vårdpersonal*. Lund: Studentlitteratur.

Carr, J. (2007). Psychological Consequences Associated With Intensive Care Treatment. *Trauma* 2007, 9(2), 95–102.

Chahraoui, K., Laurent, A., Bioy, A., & Quenot, J. P. (2015). Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study. *J Crit Care*, 30(3), 599-605. doi:10.1016/j.jcrc.2015.02.016

Colombo, R., Corona, A., Praga, F., Minari, C., Giannotti, C., Castelli, A. & Raimondi, F. (2012) A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. *Minerva Anestesiologica* 78(9), 1026-1033.

Corrigan, I., Samuelson, K., Fridlund, B., & Thomé, B. (2007) The Meaning of Posttraumatic Stress-reactions Following Critical Illness or Injury and Intensive Care Treatment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(4), 206-215. doi: 10.1016/j.iccn.2007.01.004

Cornock, M. A. (1998). Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 518-527. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00555

Davydow, D.S., Gillford, J.M., Desai, S.V., Needham, D. M., & Bienvenue, O. J. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *General Hospital Psychiatry, 30*(5), 421-34. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.05.006

Egerod, I., & Bagger, C. (2010). Patient's experiences of intensive care diaries - A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing, 26*(5), 278-287.
doi:10.1016/j.iccn.2010.07.002

Engström, Å., Grip, K., & Hamrén, M. (2009). Experiences of intensive care unit diaries: 'touching a tender wound'. *Nursing in Critical Care, 14* (2), 61-67. doi: 10.1111/j.1478-5153.2008.00312.x.

Guttormson, J. L. (2014). Releasing a lot of poisons from my mind: Patients' delusional memories of intensive care. *Heart & Lung: the journal of critical care, 43*(5), 427-431.
doi:10.1016/j.hrtlng.2014.04.007

Granberg, A., Engberg Bergbom, I., & Lundberg, D. (1998). Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. *Intensive and Critical Care Nursing, 14*(6), 294-307.

Hofhuis, J.G.M., Spronk, P.E., van Stel, H.F., Schrijvers, A.J., Rommes, J. H., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive Critical Care Nursing, 24*(5), 300-313. doi: 10.1016/j.iccn.2008.03.004

Howell Major, C., & Savin-Baden, M. (2010). *An introduction to qualitative research synthesis*. London: Routledge publishing.

Hweidi, I.M. (2007) Jordanian Patients' Perception of Stressors in Critical Care Units: a Questionnaire Survey. *International journal of nursing studies, 44*(2), 227-235.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.11.025

Jackson, J., Santoro, M., Ely, T., Boehm, L., Kiel, A., Anderson, L., Ely, W. (2014). Improving patient care through the prism of psychology: Application of Maslow's hierarchy to sedation, delirium and early mobility in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 29(4), 438-444. doi:10.1016/j.jcrc.2014.01.009

Jones C, Griffiths. R.D., & Humphris, G. (2000). Disturbed memory and amnesia related to intensive care. *Memory*, 8(2), 79-94. doi :10.1080/096582100387632

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), 573-8.

Karlsson, V., & Forsberg, A. (2008). Health is yearning: Experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(1), 41-50. doi:10.1016/j.iccn.2007.06.004

Knowles, R.E., Tarrrier. N. (2009). Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: a randomized controlled trial. *Critical Care Medicine*, 37(1), 184-91. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819287f7.

Larsson, A., & Rubertsson, S. (2012) *Intensivvård*. Stockholm: Liber.

Löf, L., Berggren, L., & Ahlström, G. (2006). Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay--3 and 12 months after discharge. *Intensive Critical Care Nursing*, 22(3), 154-166. doi:10.1016/j.iccn.2005.09.008

Löf, L., Berggren, L., & Ahlström, G. (2008). ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: follow-ups after 3 and 12 months. *Intensive Critical Care Nursing*, 24(2), 108-121. doi:10.1016/j.iccn.2007.08.001

McKinley, S., Fien, M., Elliott, R., Elliott, D. (2016). Health-related Quality of Life and Associated Factors in Intensive Care unit Survivors 6 months after discharge. *American Journal of Critical Care*, 25(1), 52-8. doi: 10.4037/ajcc2016995.

Magarey, J. M., & McCutcheon, H. H. (2005). 'Fishing with the dead'--recall of memories from the ICU. *Intensive Critical Care Nursing*, 21(6), 344-354.
doi:10.1016/j.iccn.2005.02.004

Meriläinen, M., Kyngäs, H., & Ala-Kokko, T. (2013). Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: a mixed method study. *Intensive Crit Care Nurs*, 29(2), 78-87. doi:10.1016/j.iccn.2012.05.003

Minton, C., & Carryer, J. (2005). Memories of former intensive care patients six months following discharge. *Contemp Nurse*, 20(2), 152-158. doi:10.5555/conu.2005.20.2.152

Polit, D. & Beck., C. (2010) *Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer

Ringdal, M., Plos, K., & Bergbom, I. (2008). Memories of being injured and patients' care trajectory after physical trauma. *BMC Nursing*, 7, 8. doi:10.1186/1472-6955-7-8

Ringdal, M., Ortenwall, P., Plos, K., & Bergbom, I. (2009). Memories and health-related quality of life after intensive care: A follow-up study. *Critical Care Medicine*, 38(1), 38-44.
doi: 10.1097/CCM.0b013e3181b42909

Roberts, B., Rickard, C., Rajbhandari., & Reynolds, P. (2006). Patients' dreams in ICU: Recall at two years post discharge and comparison to delirium status during ICU admission A multi centre cohort study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22(5), 264-273. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01588.x

Rotondi, A., Chelluri, L., Sirio, C., Pinsky, M. (2002). Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 30(4), 746-52. doi: 10.1097/00003246-200204000-00004

Samuelson, K., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2006). Memory in relation to depth of sedation in adult mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Care Med*, 32(5), 660-7. doi:10.1007/s00134-006-0105-x

Samuelson, K. A. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients--findings from 250 interviews. *Intensive Critical Care Nursing*, 27(2), 76-84. doi:10.1016/j.iccn.2011.01.003

Sheppard, K. (2014). Compassion fatigue among registered nurses: Connecting theory and research. *Applied Nursing Research*, 28(1), 57-59. doi: 10.1016/j.apnr.2014.10.007.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014.

Storli, S. L., Lindseth, A., & Asplund, K. (2008). A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nurs Crit Care*, 13(2), 86-96. doi:10.1111/j.1478-5153.2007.00235.x

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet (2015). Hämtad 2016-12-13, från https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivv%C3%A5rd_-rev-2015.pdf

Svenningsen, H., Egerod, I., & Dreyer, P. (2016). Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory. *J ClinNurs*, 25(19-20), 2807-2815. doi:10.1111/jocn.13318

Tamm, M. (2012). *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Wade, D. M., Brewin, C. R., Howell, D. C., White, E., Mythen, M. G., & Weinman, J. A. (2015). Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: An interview study. *Br J Health Psychol*, 20(3), 613-631. doi:10.1111/bjhp.12109

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Wåhlin, I., Ek, A-C., Idvall, E. (2009). Empowerment in intensive: Patient experiences compared to next of kin and staff beliefs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25 (6), 332-340. doi: 10.1016/j.iccn.2009.06.003.

Tabell 1. Sökmatrix

Databas	Sökning	Antal	Urval 1 (Dubletter)	Urval 2	Urval 3
PubMed*	1. Intensive care units	14279			
	2. Memory	51616			
	3. #1 AND #2	82	35	7	5
	4. Critical care	7153			
	5. #2 AND #4	58	15(5)	5	4
	6. Intensive care unit	31251			
	7. #2 AND #6	146	22(4)	2	1

CINAHL**	1. Intensive care units	12579				
	2. Memory	14125				
	3. #1 AND #2	83	10 (5)		2	0
	4. Critical care	10804				
	5. #2 AND #4	90	5 (7)		2	1
	6. Intensive care unit	12579				
	7. #2 AND #6	83	0 (5)		0	0
PsycINFO***	1. Intensive care units	3478				
	2. Memory	56616				
	3.#1 AND #2	73	3(7)		1	1
	4. Critical care	9183				
	5. #2 AND #4	82	1(7)		0	0
	6. Intensive care unit	3478				
	7. #2 AND #6	71	0(7)		0	0

* Begränsningar: MeSH terms, engelskt språk, publicerade mellan 2005-2017, alla vuxna över 19 år.

** Begränsningar: engelskt språk, publicerade 2005-2017, alla vuxna

*** Begränsningar: engelskt språk, publicerade 2005-2017, alla vuxna över 18 år.

Sökning gjord i PubMed, CINAHL och PsycINFO den 28 februari 2017.

Artikelmatris

Författare, årtal, titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Värdering	Resultat
1 Guttormson, J.L. (2014). "Releasing a Lot of Poison from My Mind". <i>Hear & Lung</i> . USA.	Att beskriva och tolka intensivvårdspatienters oklara minnen från tiden på en intensivvårdsavdelning.	<p>Design/metod: Sekundäranalys. Beskrivande design med framförallt kvalitativ ansats.</p> <p>Inklusionskriterier: Engelsktalande. Vuxna > 18 år. Ventilatorbehandling > 24 h. Ingen dokumenterad kognitiv nedsättning.</p> <p>Exklusionskriterier: Kroniska användare av ventilator och behov av ventilator i hemmet.</p> <p>Urvalsförfarande: Bekvämlighetsurval</p> <p>Slutgiltig studiegrupp: 34 deltagare.</p> <p>Datainsamlingsmetod: Strukturerade intervjuer</p> <p>Analysmetod: Kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Kvalité: Hög studiekvalité</p> <p>Styrkor: Relevanta inklusions/exklusionskriterier. Resultatet svarar till syftet.</p> <p>Svagheter: Lite information om hur intervjuerna gick till rent praktiskt.</p>	Det framkom att patienter ofta har oklara minnen från vårdtiden som upplevs både skrämmande och stressande. Patienterna beskrev bland annat att de hade känt sig fångade och strypta. Patienterna upplevde det positivt att få tala om ämnet.
2. Wade, D. M., Brewin, C. R., Howell, D. C., White, E., Mythen, M. G., & Weinman, J. A. (2015). Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: An	Syftet var att undersöka om patienter som uppvisat PTSD-liknande symtom hade påträngande minnen av faktiska händelser, hallucinationer eller överkliga händelser från intensivvårdsavdelningen .	<p>Design/metod: Kvalitativ och kvantitativ metod.</p> <p>Inklusionskriterier: > 24 timmars på intensivvårdsavdelning. Höga poäng på "post-traumatic stress disorder diagnosticscale"</p> <p>Urvalsförfarande: Deltagarna identifierades via en tidigare studie (Wade et al, 2012).</p> <p>Slutgiltig studiegrupp: 17</p>	<p>Kvalité: Medelhög studiekvalité</p> <p>Styrkor: Väl beskriven innehållsanalys. Resultatet underbyggt med citat.</p> <p>Svagheter: Forskarna anser att mättnad är nådd efter 17 intervjuer trots att de angett att experter</p>	Det framkom att de flesta påträngande minnena bestod av oklara minnen och hallucinationer. Minnen av faktiska händelser förekom men inte i samma utsträckning.

<p>interview study <i>British Journal of Health Psychology</i>. England.</p>		<p>Datainsamlingsmetod: Semi-strukturerade intervjuer per telefon. Analysmetod: Kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>rekommenderar 20 intervjuer.</p>	
<p>3.Merilänen, M., Kyngäs, H., Ala-Kokko, T. (2012) Patient's interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>. Finland</p>	<p>Att observera hur intensivvårdsmiljön påverkar patienterna samt att beskriva hur patienterna själva minns upplevelsen.</p>	<p>Design/metod: Kvalitativ och kvantitativ metod. Inklusionskriterier: Ålder 18–65. Ventilatorbehandling. >48 h på intensivvårdsavdelning. Normalt fungerande kognitivt före insjuknandet. Urvalsförfarande: När datamättnad för den kvantitativa observationsstudien ansågs vara nådd avslutades urvalet. Slutgiltig studiegrupp: 4 Datainsamlingsmetod: Ostrukturerade djupgående intervjuer vid två olika tillfällen, första vid patienternas återbesök och andra sex månader senare. Analysmetod: Induktiv innehållsanalys i första intervjun. Deduktiv innehållsanalys i andra intervjun.</p>	<p>Kvalité: Hög studiekvalité Styrkor: Väl beskriven metod och resultat. Svagheter: Endast 4 deltagare varav en av patienterna inte hade några minnen av vistelsen.</p>	<p>Patienterna beskrev både fysiska och psykiska obehagliga minnen. Patienterna upplevde kommunikationen bristfällig och de kom ihåg både verkliga och överkliga minnen.</p>
<p>4.Samuelsen, K. (2011) Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients - Findings from 250 interviews. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>. Sverige.</p>	<p>Att beskriva obehagliga och behagliga minnen från intensivvårdstiden hos vuxna som haft ventilatorbehandling.</p>	<p>Design/metod: Deskriptiv studiedesign med kvalitativ metod. Inklusionskriterier: Patienter >18. Intuberade och mekaniskt ventilerade på intensivvårdsavdelning i >24 h. Urvalsförfarande: Konsekutivt urval. De patienter som under en tidsperiod lades in på intensivvårdsavdelning och som mötte inklusionskriterierna inkluderades. Slutgiltig studiegrupp: 250 deltagare. Datainsamlingsmetod: Personliga intervjuer med två öppna frågor efter att delirium hade uteslutits med hjälp av CAM-ICU.</p>	<p>Kvalité: Hög studiekvalité Styrkor: Stort urval. Resultaten stämmer överens med tidigare studier. Svagheter: Stort urval vilket ger ett stort material som kan vara svårt att överblicka och analysera. Intervjuerna genomfördes kort efter</p>	<p>Det framkom att patienterna hade både behagliga och obehagliga minnen som kunde röra allt ifrån fysiska upplevelser, till känslor och överkliga upplevelser.</p>

		Analysmetod: Kvalitativ innehållsanalys.	utskrivning då minnen ej hunnit processas helt.	
<p>5. Chahraoui, K., Laurent, A., Bioy, A., Quenot, J-P. (2015) Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study. <i>Journal of Critical Care</i>. Frankrike.</p>	<p>Syftet var att beskriva patienters psykologiska upplevelser tre månader efter vistelsen på intensivvårdsavdelning.</p>	<p>Design/metod: Kvantitativ och kvalitativ metod.</p> <p>Inklusionskriterier: Patienter > 18 år med någon form av organsvikt och behov för livsuppehållande behandling. Bosatt inom 30 km radie från sjukhuset.</p> <p>Exklusionskriterier: Inga neurologiska nedsättningar. Svårt rörelseinskränkta patienter.</p> <p>Urvalsförfarande: Patienter som uppfyllde kriterierna kontaktades via telefon efter vistelsen.</p> <p>Slutgiltig studiegrupp: 20</p> <p>Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade intervjuer</p> <p>Analysmetod: Tematisk analys.</p>	<p>Kvalité: Medelhög studiekvalité</p> <p>Styrkor: Stort antal deltagare för kvalitativ forskning. Väl beskriven metod.</p> <p>Svagheter: Resultatet från intervjuerna redovisas främst i tabeller, citat kunde integrerats bättre i löpande text. De förklarar ej varför patienterna behöver bo inom 30 km radie för att inkluderas i studien.</p>	<p>Det framkom att patienterna hade både avsaknad av minnen, negativa minnen och positiva minnen. Det framkom även att en del av patienterna var påverkade psykiskt av vistelsen i efterhand.</p>
<p>6. Storli, L.S., Lindseth, A., & Asplund, K. (2008). A journey in request of meaning: a hermeneuticphenomenological study on living with memories from intensive care <i>Nursing in Critical Care</i>. Norge.</p>	<p>Syftet var att beskriva hur det är att leva med minnen från intensivvård.</p>	<p>Design/metod: Kvalitativ metod. Hermeneutiskfenomenologiskt tillvägagångssätt.</p> <p>Inklusionskriterier: Ventilatorbehandling >4 dygn. Ålder 18–65 år när de låg på sjukhuset</p> <p>Urvalsförfarande: Förfrågan om deltagande skickades ut till 15 personer som matchade inklusionskriterierna.</p> <p>Slutgiltig studiegrupp: 10</p> <p>Datainsamlingsmetod: Djupgående intervjuer</p> <p>Analysmetod: Hermeneutisk analys</p>	<p>Kvalité: Hög studiekvalité</p> <p>Styrkor: Tydligt beskriven analysmetod. Resultatet utförligt beskrivet.</p> <p>Svagheter: Det anges inte hur de 15 som fick förfrågan att delta valdes ut.</p>	<p>Minnen var trots att det har passerat 10 år, väl bevarade hos patienterna. De egendomliga minnena och kroppsliga förnimmelserna var framförallt ihågkomna.</p>

<p>7. Löf, L., Berggren, L. & Ahlström, G. (2008). ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: Follow-ups after 3 and 12 months. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>. Sverige.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva patienters minnen av emotionella reaktioner från insjuknandet till utskrivning samt undersöka om och hur dessa minnen förändras över tid genom att intervjua patienterna efter tre månader och sex månader efter utskrivning.</p>	<p>Design/metod: Beskrivande design med kvalitativ metod</p> <p>Inklusionskriterier: Patienter > 18 år utan kognitiv påverkan och med kommunikativ förmåga.</p> <p>Urvalsförfarande: Konsekutivt urval. 12 patienter behöriga</p> <p>Slutgiltig studiegrupp: 9</p> <p>Datainsamlingsmetod: Kvalitativa intervjuer 3 och 12 månader efter utskrivning.</p> <p>Analysmetod: Kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Kvalité: Hög studiekvalité</p> <p>Styrkor: Väl beskriven metod, redovisar detaljerat hur intervjuerna gått till och resultatet.</p> <p>Svagheter: Relativt få antal deltagare, forskarna nämner inget om att mättnad råder eller motiverar antalet deltagare.</p>	<p>Det framkom att minnena från intensivvårdstiden var detaljrika och starka vid båda uppföljningstillfällena. Obehagliga minnen beskrevs dock med mindre intensitet och känslor efter 12 månader.</p>
<p>8. Löf, L., Berggren, L., & Ahlström, G. (2006) Severely ill ICU patients recall off actual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay- 3 and 12 months after discharge. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>. Sverige.</p>	<p>Att beskriva ventilatorbehandlade patienters faktiska och överkliga minnen tre och tolv månader efter utskrivning från intensivvårdsavdelning.</p>	<p>Design/metod: Kvalitativ.</p> <p>Inklusionskriterier: Ålder >18 år. Ventilatorbehandling. Kognitiva och kommunikativa möjligheter att genomföra intervjuer.</p> <p>Urvalsförfarande: Konsekutivt urval. 12 patienter tillfrågades.</p> <p>Slutgiltig studiegrupp: 9 till den första intervjun, 8 till den andra intervjun.</p> <p>Datainsamlingsmetod: Intervjuer med öppna frågor.</p> <p>Analysmetod: Kvalitativ Innehållsanalys.</p>	<p>Kvalité: Hög studiekvalité</p> <p>Styrkor: Deltagarna fick välja plats för intervjun. Analysen gjordes av två stycken för att undvika personlig tolkning av materialet.</p> <p>Svagheter: Studien visar motsatta resultat jämfört med tidigare studier vilket gör att resultatet inte kan styrkas med tidigare studier.</p>	<p>De faktiska minnena från intensivvården var mer fragmentariska medan de överkliga minnena var starkare. Resultaten skiljde sig inte nämnvärt från varandra efter tre och 12 månader.</p>
<p>9. Magarey, J., & McCutcheon, H. (2005). 'Fishing with the dead'—Recall</p>	<p>Att undersöka vilka minnen patienter som vårdats en kort tid på intensivvårdsavdelning</p>	<p>Design/metod: Kvantitativ enkätstudie där vissa deltagare sedan valdes ut för en kvalitativ intervjustudie.</p>	<p>Kvalité: Hög studiekvalité</p>	<p>Patienternas minnen var starka och detaljrika. Vid andra intervjun så beskrevs minnena</p>

<p>of memories from the ICU. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>. Australien.</p>	<p>har, med fokus på drömmar, mardrömmar och konfusion.</p>	<p>Inklusionskriterier: Ålder > 18 år. Vårdats på intensivvårdsavdelning >24 h och sederade och i ventilator i >12 h men <10 dagar.</p> <p>Exklusionskriterier: Alkohol- och/eller drogberoende. Tillstånd och sjukdomar som kan påverka kommunikationsförmågan som permanent tracheostomi, dysfasi och demens. Diagnoser som kan påverka minnet som påverkan på centrala nervsystemet, överdos eller psykiska sjukdomar.</p> <p>Urvalsförfarande: Riktat urval. Enkäter skickades ut till 116 personer. Av de 51 som svarade valdes sedan 8 deltagare ut till intervjuer.</p> <p>Slutgiltig studiegrupp: 8</p> <p>Datainsamlingsmetod: Intervjuer med öppna frågor utifrån deltagarens svar på enkätfrågor.</p> <p>Analysmetod: Innehållsanalys.</p>	<p>Styrkor: Resultatet väl beskrivet. Deltagarna fick bestämma plats för intervjun.</p> <p>Svagheter: Det framgår inte om fler än de utvalda åtta var lämpliga till intervjun eller om det endast var de åtta utvalda som var behöriga.</p>	<p>inte med samma intensitet och känslomhet.</p>
<p>10.Minton, C., & Carryer, J. (2005). Memories of former intensive care patients six months following discharge. <i>Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession</i>. Nya Zeeland</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva minnena från före detta intensivvårdspatienter sex månader efter utskrivning.</p>	<p>Design/metod: Beskrivande design med kvalitativ metod</p> <p>Inklusionskriterier: Vårdats på intensivvårdsavdelningen.</p> <p>Exklusionskriterier: Ålder <18 år. Vistelse <24 h på intensivvårdsavdelning. Beroende av alkohol eller droger. Psykisk sjukdom. Boende för långt bort. Icke-engelsktalande. Vårdats av forskaren. Varit med i en dödsolycka. Våld som orsak till IVA vistelsen. Medvetlöshet p.g.a. trauma mot huvud.</p> <p>Urvalsförfarande: Patienterna blev slumpmässigt utvalda genom att journaler på patienter 6 månader efter utskrivning plockades ut till studien.</p> <p>Slutgiltig studiegrupp: 6</p>	<p>Kvalité: Hög studiekvalité</p> <p>Styrkor: Metoden och resultatet väl beskrivet.</p> <p>Svagheter: Bortfall på 50 %.</p>	<p>Det framkom att patienterna kom ihåg rädslan över att sväva mellan liv och död och hur obehagliga vissa medicinska undersökning och ingrepp hade varit. Inga av patienterna nämnde att sjuksköterskorna hade försökt inge trygghet eller trösta dem.</p>

		<p>Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade intervjuer</p> <p>Analysmetod: Innehållsanalys</p>		
<p>11. Ringdal, M., Plos, K., Bergbom, I. (2008). Memories of being injured and patients' care trajectory after physical trauma. <i>BMC Nursing</i>. Sverige.</p>	<p>Att få en djupare förståelse av patienters minnen av att bli skadade samt minnen av vårdkedjan från vård före, under och efter intensivvårdsavdelningen .</p>	<p>Design/metod: Induktiv fenomenologiskhermeneutisk analys.</p> <p>Inklusionskriterier: Deltagare hämtades från en tidigare studie av samma forskare där inklusionskriterierna var ålder >18 år och som hade vårdats på grund av trauma.</p> <p>Exklusionskriterier: Suicidförsök, kognitivt nedsatthet, boende i annat land än Sverige eller bostadslös.</p> <p>Urvalsförfarande: Riktat bekvämlighetsurval. Deltagare från tidigare studie som där hade svarat på enkät och uppgett att de hade överkliga minnen eller faktiska och fragmentariska minnen togs ut.</p> <p>Slutgiltig studiegrupp: 18</p> <p>Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Analysmetod: Fenomenologisk hermeneutiskanalysmetod.</p>	<p>Kvalité: Hög studiekvalité</p> <p>Styrkor: Väl beskrivet urval och analys. Deltagarna fick välja plats för intervjun.</p> <p>Svagheter: Intervjuerna utfördes mellan 20 och 36 månader efter utskrivning.</p>	<p>Minnen från intensivvårdstiden var bland annat att vara fast i en skadad och icke-fungerande kropp, att ha ont och rädslan för att dö. Positiva minnen ansågs väga upp negativa minnen i viss mån.</p>
<p>12. Svenningsen, H., Egerod, I., Dreier, P. (2016). Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory. <i>Journal of Clinical Nursing</i>. Danmark</p>	<p>Syftet var att beskriva innehållet i tidigare intensivvårdspatienters minnen av vanföreställningar.</p>	<p>Design/metod: Kvalitativ design med hermeneutisk analys inspirerad av Ricoeur s tolkande teori.</p> <p>Inklusionskriterier: Vårdats på intensivvården > 48 h</p> <p>Urvalsförfarande: Av 325 deltagare i den tidigare studien uppgav 114 deltagare att de hade minnen om vanföreställningar. Dessa inkluderades i studien.</p> <p>Slutgiltig studiegrupp: 114 deltagare.</p>	<p>Kvalité: Medelhög studiekvalité</p> <p>Styrkor: Hög andel deltagare. Resultatet väl beskrivet.</p> <p>Svagheter: Metoden utförligt beskriven.</p>	<p>Fyra teman framkom: Den ständigt närvarande familjen, dynamiska utrymmen, överleva utmaningar, ständig rörelse.</p>

		Datainsamlingsmetod: Intervjuer 2 veckor efter utskrivning samt efter 2–6 månader. Analysmetod: Hermeneutisk analys		
--	--	--	--	--

Granskningsmall artiklar

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Bilaga i Willman A, Stoltz P & Bahtsevani C. (2006) Evidensbaserad omvårdnad. mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristika

Antal Ålder

..... Man/kvinna

.....

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vetej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vetej

- Strategiskt? Ja Nej Vetej

Metod för

- urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vetej

- datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vetej

- analys tydligt beskriven? Ja Nej Vetej

Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vetej

- Råder datamättnad? Ja Nej Vetej

- Råder analysmättnad?

Ja Nej Vetej

Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt?

Ja Nej Vetej

- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?

Ja Nej Vetej

Genereras teori

Ja Nej Vetej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/ analys adekvat?

.....
.....
...
.....
..
.....
..
.....
..
.....
..

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig