



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Patienters upplevelser av intensivvård

En systematisk litteraturstudie

Författare: Maria Sassarsson  
Maria Fransson

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats

Våren 2018

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Patienters upplevelser av intensivvård

## En systematisk litteraturstudie

Författare: Maria Sassarsson  
Maria Fransson

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats

Våren 2018

### Abstrakt

**Bakgrund:** Intensivvård innebär att vårdas i en högteknologisk miljö där patienterna som vårdas är kritiskt sjuka. Patienterna upplever sig ofta stressade och utlämnade och beroende av sjukvårdspersonalen. **Syfte:** Att beskriva patienters upplevelser av intensivvård.

**Metod:** Meta-syntetisk litteraturstudie med kvalitativ ansats baserad på elva intervjustudier.

**Resultat:** Upplevelserna av intensivvård skiljde sig åt mellan patienterna. Resultatet visade att omgivningen hade stor påverkan på välmående där anhörigas närvaro och vårdpersonalens bemötande hade stor betydelse. Kommunikationsmöjligheterna var begränsade och patienterna upplevde en frustration över att inte kunna förmedla sig. Patienterna upplevde också att det var svårt att skilja på vad som var verkligt och överkligt där hallucinationer och drömmar ofta förekom. Andra upplevelser som beskrevs var en lättnad av att ha överlevt eller att deras existens var hotad. **Konklusion:** Det är viktigt att intensivvårdssjuksköterskan är medveten om att upplevelserna kan variera och att varje enskild upplevelse och känsla ska ses och betraktas som individuell och subjektiv. Kunskap om vad patienterna upplever kan hjälpa intensivvårdssjuksköterskan att arbeta för att främja positiva upplevelser och förebygga lidande för patienten.

### Nyckelord

Patienternas upplevelser, Intensivvård, Bemötande, Kommunikation, Litteraturstudie

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Introduktion .....	4
Problemområde .....	4
Bakgrund .....	5
Teoretisk referensram .....	5
Intensivvårdsavdelningen .....	6
Stressorer hos intensivvårdspatienter .....	6
Syfte .....	7
Metod .....	7
Urval .....	8
Datainsamling .....	8
Analys av data .....	11
Forskningsetiska avvägningar .....	12
Resultat .....	13
Omgivningens betydelse .....	13
Miljöns påverkan .....	14
Patienters upplevelser av anhörigas närvaro .....	15
Positiva upplevelser av vårdpersonalen .....	15
Negativa upplevelser av vårdpersonalen .....	16
Svårigheter att göra sig förstådd och samtidigt vara utlämnad och frustrerad .....	17
Kommunikationens påverkan .....	17
Olika känslor .....	18
Det överkliga och det verkliga .....	19
Mardrömmar och hallucinationer .....	19
Mitt liv var hotat .....	20
Diskussion .....	21
Metoddiskussion .....	21
Resultatdiskussion .....	25
Konklusioner och implikationer .....	29
Referenser <i>*Artiklar som ingår i studiens resultat</i> .....	30
Bilaga 1. Granskningsprotokoll .....	34
Bilaga 2. Artikelöversikt .....	35
Bilaga 3. Artikelsammanställning .....	37
Bilaga 4. Databassökning .....	38
Bilaga 5. Analysprocess enligt SBU (2014) .....	42

# Introduktion

## Problemområde

Tiden på en intensivvårdsavdelning kan upplevas väldigt påfrestande för patienten. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskan på intensivvårdsavdelningarna strävar efter att ge god omvårdnad (Larsson & Rubertsson, 2016). God omvårdnad innebär att tillgodose patientens kroppsliga och känslomässiga behov för att öka välbefinnandet (Tamm, 2012).

Välbefinnandet påverkas av inre och yttre faktorer som bland annat innefattar händelser i livet och omgivningen vi befinner oss i. Detta innebär att en individs känslomässiga behov påverkas av andra personers bemötande men även av situationen man är i (Brülde, 2007). Vid sjukdom ändrar de känslomässiga behoven karaktär och behov av trygghet, kontakt och omvårdnad blir större än någonsin (Tamm, 2012). Enligt Eriksson (2014) krävs det att intensivvårdssjuksköterskan kan se och möta patienten som en hel människa och se varje patient som unik (ibid). Att vara lyhörd för patientens känslor och att kunna anpassa sitt bemötande till varje individ ökar tryggheten och kontakten mellan intensivvårdssjuksköterska och patient. Detta kan i sin tur leda till minskat lindande för patienten, som får en trygg och personanpassad vård (Tamm, 2012).

Tidigare forskning visar att patienter som vårdats på intensivvårdsavdelningar upplever minskat välbefinnande i form av oro, ångest, kommunikationssvårigheter och rädsla (Morrissey & Collier, 2016). Känslan av oro och ångest gör en individ väldigt sårbar och är då mer mottaglig för intryck av sin omgivning. Intensivvårdssjuksköterskan ska då vara lyhörd för patientens känslor och stödja patienten och skapa god kontakt (Tamm, 2012). En studie av Alasad, Tabar och Ahmad (2015) visar att vissa patienters upplevelser påverkades negativt ju längre vårdtiden var på intensivvårdsavdelningen. Dessa negativa upplevelser kunde påverkas av intensivvårdssjuksköterskans förhållningssätt i form av bemötande och informationen som gavs till patienterna (ibid). Mer forskning som belyser patienters upplevelser av intensivvården är att eftersträva då det ständigt sker förändringar i patienternas upplevelser och miljön denna befinner sig i (Morrissey & Collier, 2016).

Det finns redan ett flertal studier om patienters upplevelser men författarna till föreliggande studie har endast hittat fyra litteratursammanställningar (Bélanger & Ducharme, 2011; Morrissey & Collier, 2015; Cutler, Hayter & Ryan, 2013; Tsay et al., 2013). En av artiklarna är inriktad på endast delirium (Bélanger & Ducharme, 2011) och en handlar om post-traumatisk-stress (Morrissey & Collier, 2015) samt de andra två är baserade på artiklar med ett brett tidsspann (Cutler, Hayter & Ryan, 2013; Tsay et al., 2013). Det saknas nyare litteratursammanställningar med fokus på patienters upplevelser vilket kan vara av vikt för att skapa en ökad förståelse hos intensivvårdssjuksköterskan. En ökad förståelse för hur patienterna upplever intensivvården kan leda till att intensivvårdssjuksköterskan utvecklar sin förmåga att bemöta olika känslor och reaktioner och kan därför ge patienterna ett bättre stöd i en sårbar och utsatt situation.

## **Bakgrund**

### *Teoretisk referensram*

Enligt Eriksson (2014) är vård både en vetenskaplig och en praktisk verksamhet där vårdens primära uppgift är att vårda patienten. Förutom vårdkunskap, krävs det att kunna behärska konsten att se det unika och speciella i varje situation där intensivvårdssjuksköterskan anpassar vårdnivån till den aktuella patienten. Eriksson (2014) betonar även vikten av att se patienten som en hel människa och möta henne som kropp, själ och ande. En helhetssyn på människan tillgodoser alla aspekter oberoende av den aktuella situationen där varje patient ska ses som unik (ibid).

Eriksson (1994) beskriver sambandet mellan hälsa och lidande. Om lidande ses som en del av människan, kan lidandet också vara en del av hälsan. Begreppet lidande kommer från latinets ”patior” och patienten kan därför ses som en lidande människa. Däremot så länge det finns strävan efter att övervinna sitt lidande, finns det också hopp hos patienten och intensivvårdssjuksköterskans uppgift är bland annat att hjälpa patienterna genom att skapa en relation och ge hopp och framför allt att inte ta hoppet ifrån patienten (ibid). Enligt Eriksson (2014) utgör relationen mellan intensivvårdssjuksköterskan och patienterna grunden i vårdandet och belyser därför vikten av att hjälpa patienterna med det aktuella problemet som upplevs av dem. Varje problem måste tas på allvar och intensivvårdssjuksköterskan måste sträva efter att hjälpa patienterna ur sina problem, oavsett problemets karaktär (ibid).

Katie Erikssons grundteorier som bland annat bygger på att se patienterna som en hel människa, stödja patienterna och skapa utrymme för patienternas begäran och behov är omvårdnadsaspekter som intensivvårdssjuksköterskor kan beakta i sitt dagliga arbete med intensivvårdspatienterna. Intensivvårdssjuksköterskans kunskap och vetskap om patienternas behov och önskemål kan ge en bättre upplevd vårdtid för patienterna som i sin tur ger ökat välbefinnande. Genom att ha en förståelse för patienternas generella upplevda situation kan intensivvårdssjuksköterskan bemöta och vårda patienterna bättre.

### *Intensivvårdsavdelningen*

Intensivvård innebär övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad av patienter med svåra, oftast livshotande tillstånd, sjukdomar och skador. Eftersom patienterna är svårt sjuka när de vårdas på en intensivvårdsavdelning och några är intuberade och nedsövda och inte kan meddela sina tankar och funderingar är det viktigt att intensivvårdssjuksköterskorna är insatta i deras upplevda känslor (Larsson & Rubertsson, 2016). För att en intensivvårdsavdelning ska kunna behandla svårt sjuka patienter krävs specialutbildad personal, bemanning, lokaler, resurser samt ett begränsat antal patienter för att möjliggöra upprätthållande av expertkompetens. En intensivvårdsavdelning ska enbart ha i uppgift att bedriva intensivvård samt eventuellt inkluderad avancerad postoperativ övervakning och/eller akut hjärtsjukvård och/eller intermediärvård. Vården på en intensivvårdsavdelning ska bedrivas med bibehållen hög kvalitet dygnet runt i enlighet med vetenskap, beprövad erfarenhet och befintliga riktlinjer. Både medicinska och etiska aspekter ska tillvaratas (Svensk förening för anestesi och intensivvård och svenska intensivvårdssällskapet, 2015 [SFAI]). Tiden som patienterna tillbringar på intensivvårdsavdelningarna varierar och vanligen ansvarar en intensivvårdssjuksköterska för en eller två patienter tillsammans med en undersköterska oberoende av tiden på dygnet (Larsson & Rubertsson, 2016). Vården av patienten ska vara kontinuerligt aktiv med observation av patofysiologiskt förlopp (SFAI, 2015).

### *Stressorer hos intensivvårdspatienter*

Omgivningen på intensivvårdsavdelningar och tillståndet patienterna befinner sig i kan vara väldigt stressande för patienterna och bemötandet från intensivvårdssjuksköterskan påverkar om patienterna exempelvis upplever ångest eller rastlöshet (Alasad, Tabar & Ahmad, 2016). Stressen kan bero på bland annat frånvaro av familjemedlemmarna, smärta, varierande

ljudnivå, rädsla, samt sömnbrist. Svårigheter att skilja på dag och natt förekommer. Mardrömmar, hallucinationer och minnesförluster är också vanliga upplevelser från intensivvårdsavdelningen. Frustrationen att inte veta om det är verkliga eller överkliga minnen är stor påfrestning för patienterna och de önskar att de visste mer om vad som skulle hända dem. Detta kan bero på att patienterna inte erhöll tillräcklig information om behandlingar, undersökningar med mera samt att de önskade vara mer involverade i sin vård. Patienterna upplever också positiva känslor så som trygghet att ha personalen ständigt bredvid sig (ibid). Under vårdtiden på en intensivvårdsavdelning förlorar patienterna en del av sin integritet och blir därmed utlämnad till vårdpersonalen och patienterna kan uppleva stor stress och smärta (Larsson & Rubertsson, 2016). Bélanger och Ducharme (2011) beskriver förekomsten av delirium som påverkar patienternas kognitiva och funktionella förmåga och förlänger vårdtiden på intensivvårdsavdelningen samt innebär en risk för ökad dödlighet. Eftersom patienterna är svårt sjuka när de vårdas på en intensivvårdsavdelning och några är intuberade och nedsövda och inte kan meddela sina tankar och funderingar är det viktigt att intensivvårdssjuksköterskor är insatta i deras upplevda känslor. Det krävs därför välutbildad och kompetent personal för att sätta patienterna i fokus och kunna tillgodose patienternas behov och minska de negativa upplevelserna och konsekvenserna (ibid).

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser av intensivvård.

## **Metod**

En systematisk litteraturstudie med kvalitativ ansats och metasyntetisk metod har genomförts, där artiklarna som ligger till grund för resultatet var baserade på intervjuer och som enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], (2014) är bäst lämpat när upplevelser ska undersökas och beskrivas. Enligt Olsson och Sörensen (2011) är en kvalitativ studie att föredra när det är känslor eller upplevelser som ska undersökas. Studien är baserad på kvalitativa vetenskapliga artiklar där intervjuer har genomförts. En kvalitativ ansats innebär att få förståelse och se ett helhetsperspektiv genom att ha ett förutsättningslöst förhållningssätt till den valda situationen (ibid). Författarnas förförståelse om hur patienter upplevde vårdtiden på en intensivvårdsavdelning var att upplevelsen är individuell. Författarnas erfarenhet var att

upplevelserna troligtvis varierande, där några kunde uppleva rädsla och oro under vårdtiden på intensivvårdsavdelningen medan andra kunde uppleva trygghet och lugn.

## **Urval**

Studien är baserad på vetenskapliga artiklar från europeiska länder för att resultatet ska vara så tillförlitligt och jämförbart med Sverige som möjligt. Inklusionskriterier som användes för att finna artiklar som passade till ämnet var vuxna som vårdats på någon form av intensivvårdsavdelning samt både män och kvinnor. Artiklarna skulle vara kvalitativa, skrivna på engelska eller svenska, inte vara publicerade tidigare än 2007, godkända av en etisk kommitté samt att intervjuerna skulle vara gjorda efter vårdtiden. Exklusionskriterier som användes var: ålder under 18 år, elektiva inläggningar på intensivvårdsavdelningar samt artiklar som enbart var kvantitativa. Artiklarna som ingick i studien skulle vara baserade på patienters upplevelser, därför exkluderades artiklar ur sjuksköterske- och anhörigperspektiv.

## **Datainsamling**

En första sökning, en pilotsökning, genomfördes för att få en uppfattning om tidigare forskning inom det valda området. Därefter genomfördes en systematisk sökning i databaser som ansågs vara relevanta för ämnet. De använda databaserna var Cinahl, Pubmed och PsychInfo. Sökord användes för att finna vetenskapliga artiklar som var relevanta och svarade på studiens syfte. MESH-termer, Headings och Thesaurus användes för att hitta synonymer till sökord för att på bästa sätt hitta användbara artiklar. Trunkering gjordes för att få en så omfattande sökning som möjligt. Boolesk söktechnik med sökoperatören AND användes för att kombinera de olika sökorden, men OR och NOT användes inte. Manuella sökningar efter funna artiklars referenslistor genomfördes för att artiklar som svarade till studiens syfte inte skulle utelämnas eller missas i databassökningarna. Enligt SBU (2014) är SPICE-modellen en fördel att använda då den är till en hjälp för att strukturera en litteratursökning (se Figur 1). SPICE-modellen kan användas för att finna relevanta sökord och inklusionskriterier samt vara till hjälp för att formulera frågeställningen för kvalitativa metoder. S står för Settings som beskriver kontexten som ska undersökas till exempel ett område. P står för Perspective som beskriver vems perspektiv som ska undersökas. I står för Intervention som beskriver vilket fenomen som ska beskrivas. C står för Comparison och beskriver en jämförande komponent, men som i den föreliggande studien inte är aktuellt. Slutligen står E för Evaluation som



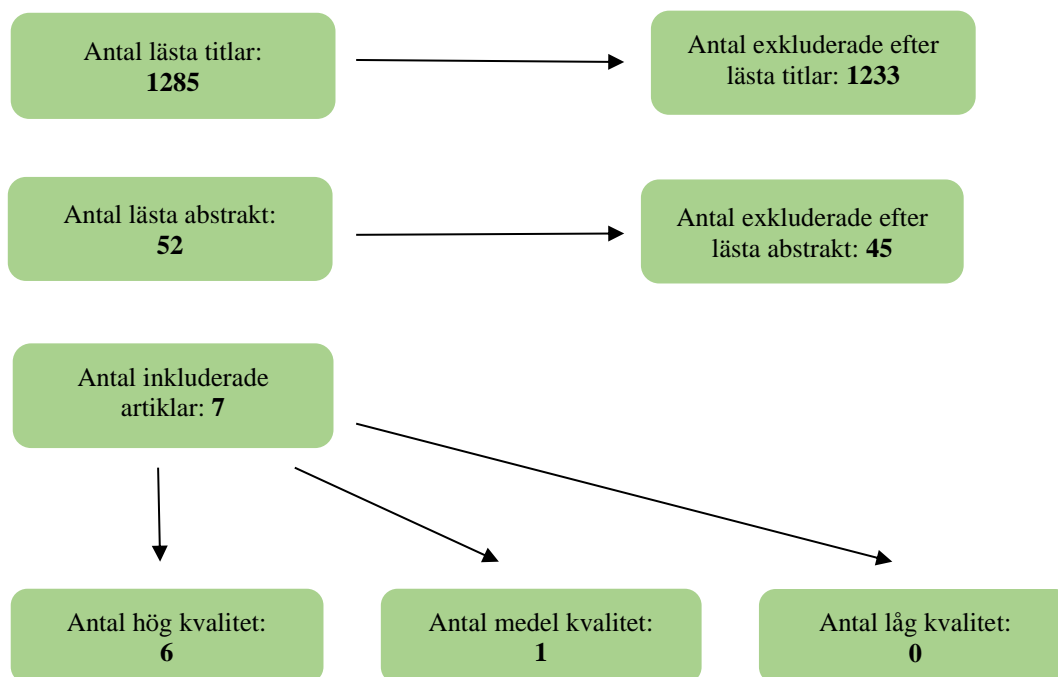
innebär utvärdering av resultatet (ibid). Använda sökord var patient\*, experience\*, memories, intensive care unit\*, person\*, critically ill, emotion\*, qualitative, intensive care och ICU.

Var?	För vem?	Vad ska studeras?	Jämförelse?	Vilket resultat
Intensivvårdsavdelning	Patienter	Intensivvården	Ej lämplig	Upplevelser

Figur 1: Spice-modellen översatt till svenska.

Den sammanlagda systematiska databassökningen resulterade i 1285 titlar som författarna till föreliggande studie läste igenom varav 1233 exkluderades på grund av att artiklarnas titlar inte svarade på studiens syfte samt beskrev anhörig och vårdpersonalens upplevelser.

Författarna läste 52 artiklars abstrakt för att kontrollera om artiklarna var lämpliga. Efter att ha läst artiklarnas abstrakt valdes sju artiklar ut (se Figur 2). Av de 45 som exkluderades var det 30 artiklar som inte svarade på syftet genom att bland annat beskrivas ur anhörigperspektiv eller vårdpersonalens perspektiv, tre var enbart inriktade på psykologiska tillstånd, åtta var genomförda utanför Europa, två var enbart kvantitativa studier och två var reviews. Manuell databassökning efter funna artiklars referenslistor gjordes där fyra artiklar valdes ut som svarade till syftet, men som inte redovisas i flödesschemat nedan. Totalt elva artiklar valdes att ingå i studien, varav tio kvalitativa och en mixed-method där endast den kvalitativa delen analyserades. Artiklarna som inkluderades letades upp i fulltext.



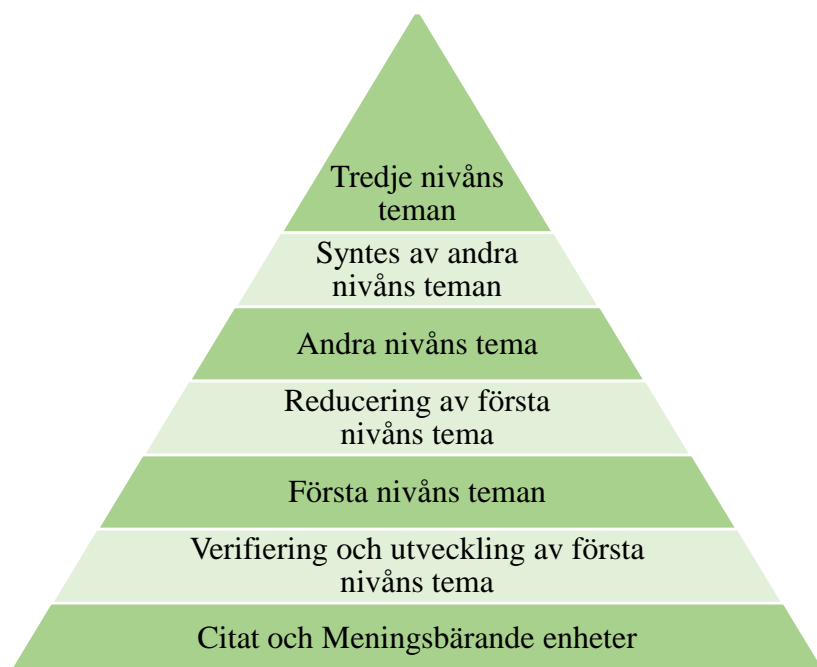
Figur 2: Flödesschema över inkluderade och exkluderade artiklar vid systematisk artikelsökning enligt SBU (2014).

De elva utvalda vetenskapliga artiklarna kvalitetssäkrades med hjälp av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) ursprungliga granskningsmall för kvalitativa metoder som utgår från ett poängsystem där varje artikel ska uppfylla en viss poäng för att anses vara av god kvalitet. Frågorna på protokollet besvarades med ”Ja”, ”Nej” eller ”Vet ej” där ”Ja” gav en poäng och ”Nej” och ”Vet ej” gav noll poäng. Max antal poäng var 14, det vill säga att alla 14 frågorna var besvarade med ”Ja”. Enligt rekommendationer av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) räknades poängen om till procent efter hur många ”ja” som kryssats i och artiklarna delades in i hög, medel eller låg kvalitet.

Kvalitetsgranskningen av artiklarna gjordes enskilt av författarna och därefter jämfördes artiklarna av författarna tillsammans och diskuterades. För att artikeln skulle räknas ha hög kvalitet skulle minst tolv frågor (80-100%) vara besvarade med ”Ja”. För att uppnå medel kvalitet skulle minst tio av frågorna (70-79%) besvarats med ”Ja”. Låg kvalitet innebar att nio eller färre frågor (<69%) var besvarade med ”Ja” (ibid.). Inga artiklar exkluderades efter kvalitetsgranskning. Efter kvalitetsgranskning inkluderades två artiklar med medel kvalitet och nio artiklar med hög kvalitet

## **Analys av data**

De inkluderade vetenskapliga artiklarna lästes, granskades och strukturerades efter ett systematiskt tillvägagångssätt enligt Olsson och Sörensen (2011) rekommendationer. Analysen har utgått från SBU (2014) tolkning av meta-syntes. Det första steget var att författarna läste de kvalitetsgranskade artiklarna var för sig, samtidigt som teman och subteman i artiklarnas resultat togs ut. De utvalda teman och subteman som hade framkommit diskuterades av författarna tillsammans. Författarna skrev sedan ned och staplade upp de utvalda teman och subteman på ett papper för att få en överskådlig bild. De teman som var gemensamma och hörde ihop sammanställdes och sorterades till färre antal teman. Dessa teman stämades av med artiklarnas citat och meningsbärande enheter. Meningsbärande enheter kan vara ord eller meningar som genom ett gemensamt innehåll hör ihop. Det sammanställda resultatet bildade sedan första nivåns teman efter likheter och olikheter. Dessa likheter och olikheter diskuterades av författarna och kombinerades för att bilda nya andra nivåns teman. Till sist tolkade och diskuterade författarna tillsammans andra nivåns teman där olika samband togs fram som bildade tredje nivåns teman som sedan kom att forma studiens resultat (se Figur 3, Tabell 1 samt Bilaga 5). Författarna hjälptes åt genom hela processen att tolka de olika teman och tillät processen att ta tid. En manifest metod har använts där resultatet har baserats på vad som direkt beskrevs i texten och författarnas egen tolkning av texten undveks. Studiens resultat har baserats på en induktiv ansats där patienterna beskrev sina upplevelser av vården på intensivvårdsavdelningen (SBU, 2014). Författarna har under tiden som resultatet utformats eftersträvat ett förutsättningslöst och objektiva förhållningssätt där personlig kunskap och erfarenhet inom det valda området inte skulle påverka studiens resultat.



Figur 3: Exempel på första, andra och tredje nivåns teman efter analys enligt SBU (2014).

Tabell 1: Exempel på första, andra, tredje nivåns teman enligt studiens resultat.

Citat & meningsbärande enheter	Första nivåns tema	Andra nivåns tema	Tredje nivåns tema
<i>"Because tracheal suctioning... it felt like you... when you have a frog in your throat and try to clear it, will I couldn't do that so it was a great relief"</i> (Stayt, Seers, & Tutton, 2015, s. 2056).	Sugning av sekret i trachealtuben... det var en stor lättnad när jag fick hjälp med det.	Miljöns påverkan	Omgivningens betydelse
The dawn was announced by opening the blinds and turning on the lights, bringing order to the chaos that the night had caused (Patacas de Castro & Botelho, 2017)	Det blev ordning igen när lamporna tändes och det blev morgon.	Miljöns påverkan	

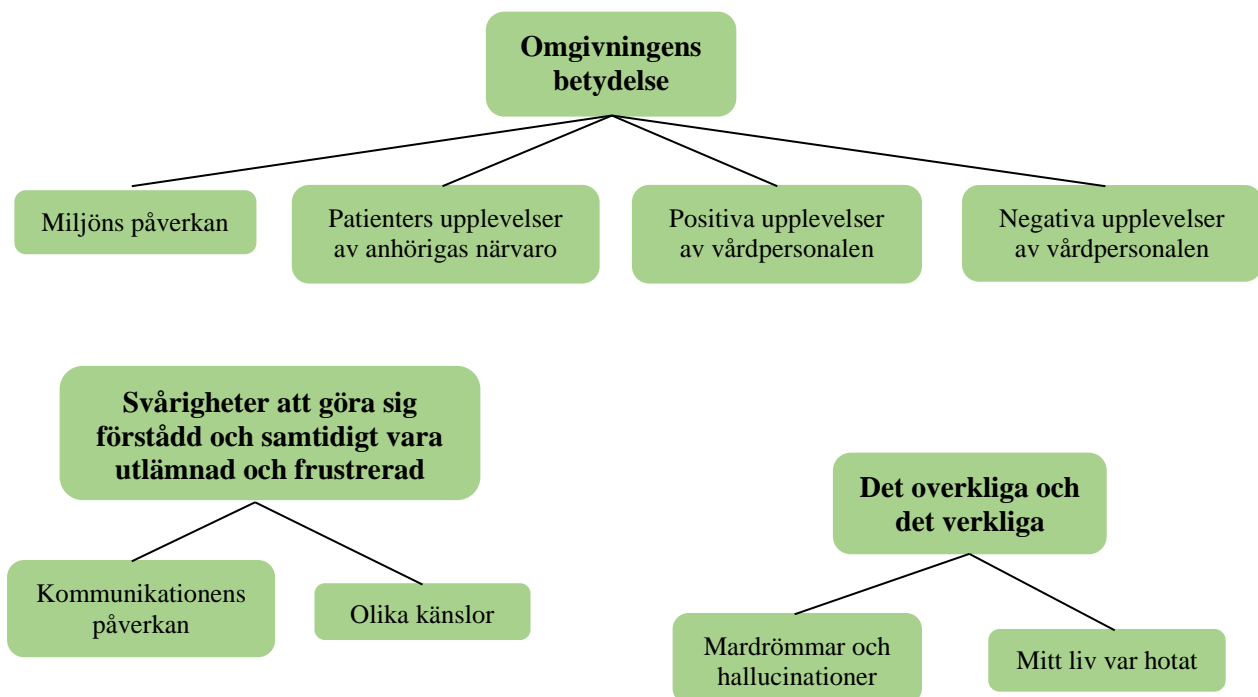
## Forskningsetiska avvägningar

Det finns fyra huvudkrav att beakta i samband med forskning. Dessa huvudkrav är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Då föreliggande studie är en litteraturstudie är det svårt att beakta dessa krav men ett etiskt förhållningssätt har använts för att tidigare kunskaper och

erfarenheter samt författarnas förförståelse inte ska ha påverkat resultatet. Författarna har valt att endast basera resultatet i studien på artiklar som blivit godkända av en etisk kommitté eller haft ett väl beskrivet etiskt övervägande. Det ska även ha framkommit i artiklarna att deltagandet var frivilligt och att deltagarna har erhållit information innan studien startade. Alla artiklar och dess författare som ingick i litteraturstudien redovisades och har inte använts till något annat än syftet för studien. Författarna har också redovisat alla påträffade resultat oavsett författarnas tidigare förförståelse.

## Resultat

Studiens resultat har baserats på elva kvalitativa artiklar med totalt 329 patienters upplevelser av att ha vårdats på en intensivvårdsavdelning. Efter utförd analys bildades två till fyra andra nivåns teman som sedan blev grund till tredje nivåns tema (Figur 4).



Figur 4. Tredje och andra nivåns teman.

### Omgivningens betydelse

Här presenteras patienters upplevelser av hur den obekanta högteknologiska miljön på intensivvårdsavdelningen var stressande och påverkade deras tillvaro. Patienterna beskrev

också hur anhöriga gav dem uppmuntran men också hur anhöriga kunde få dem att känna sig mer oroliga. Vårdpersonalens bemötande var viktigt för patienterna. En del patienter kände sig trygga med vårdpersonalen, medan andra kände sig hjälplösa och maktlösa.

### *Miljöns påverkan*

Patienter på intensivvårdsavdelningar beskrev omgivningen som obekant och påfrestande med störande ljud, ljus och lukter. När personalen byttes ut ofta upplevde patienterna det som att de befann sig i ett rum fullt med folk som sprang fram och tillbaka och pratade oavbrutet, vilket upplevdes som påfrestande. När patienterna delade rum med varandra upplevdes det som irriterande då den andra patienten störde tillvaron genom att ofta kalla på hjälp eller hosta. De beskrev atmosfären som ett irriterande kaos (Samuelson, 2011).

Natten upplevdes som kaotisk och en del patienter upplevde det omöjligt att sova. Sömnsvårigheterna berodde dels på obekvämlig säng, men även av larmen runt omkring och att inte veta varför det larmade (Karlsson et al., 2016; Patacas de Castro & Botelho, 2017). Svårigheterna att sova gjorde att patienterna glömde vilken dag det var. En del patienter upplevde att det blev ordning igen när lamporna tändes och det blev morgon, samtidigt som andra patienter beskrev det som en chock att vakna upp till en obekant miljö och inredning (Patacas de Castro & Botelho, 2017).

Det framkom att patienterna kände sig omhändertagna och i trygga händer när de var uppkopplade till övervakningen. Däremot upplevde andra patienter att de var i en främmande och instrumental kropp som var invaderad av teknologi (Patacas de Castro & Botelho, 2017), men upplevde samtidigt en känsla av komfort och hopp (Stayt, Seers & Tutton, 2015). När respirationstuben eller andra slangar avlägsnades innebar det en stor lättnad och fick dem att känna sig mer levande (Samuelson, 2011), medan andra patienter kände sig trygga med respiratorn (Löf, Berggren & Ahlström, 2007).

*”Because tracheal suctioning... it felt like you... when you have a frog in your throat and try to clear it, will I couldn't do that so it was a great relief”* (Stayt, Seers & Tutton, 2015, s.2056).

### *Patienters upplevelser av anhörigas närvaro*

Några patienter var tacksamma när deras anhöriga besökte dem regelbundet och på så sätt fick de nya krafter (Samuelson, 2011). När anhöriga kom på besök kände de sig trygga och uppdaterade om omvärlden (Ringdal, Plos & Bergbom, 2008; Storli, Lindseth, Asplund, 2008; Chahraoui et al., 2015).

*”She was there every day and that felt good. It was nice to have someone, and mom is always mom. I felt quite small at times”* (Ringdal, Plos & Bergbom, 2008, s.7).

Några av patienterna var däremot oroliga för sina anhöriga. De var rädda att deras anhöriga oroade sig och inte hade anpassat sig efter den nya situationen (Ringdal, Plos, & Bergbom, 2008). Andra patienter kände att anhörigas närvaro var en stor bidragande orsak till deras tillfrisknande (Dahle Olsen, Nester & Sætre Hansen, 2017).

### *Positiva upplevelser av vårdpersonalen*

Flera patienter upplevde komfort, trygghet och kände tillit till vårdpersonalen och upplevde vårdpersonalen som trevliga, fantastiska, hade humor, var engagerade och att de blev behandlade med respekt och empati (Samuelson, 2011; Patacas de Castro & Botelho, 2017). De upplevde att det alltid fanns någon nära till hands och att hjälpen fanns när de behövde den (Stayt, Seers & Tutton, 2015). Vårdpersonalens närvaro gjorde att patienterna kände sig avslappnade, trygga, unika och mänskliga. Patienterna upplevde det som en lättnad att vårdpersonalen hade kontroll på situationen och genom att höra vårdpersonalens lugna röst och känna att de fick professionell hjälp när de behövde det (Stayt, Seers & Tutton, 2015; Samuelson, 2011; Forsberg, Lindgren & Engström, 2011).

*”I remember one nurse, stroking and then holding my hand, speaking in a friendly way to me... it felt wonderful and comforted me... a really nice memory”* (Samuelson, 2011, s.80)

När vårdpersonalen var fokuserande på patienterna och gav uppdaterad information om deras tillstånd och åtgärder som skulle vidtas upplevdes det tryggt och de kände tacksamhet över att fortfarande vara vid liv och hållas vid liv (Dahle Olsen, Nester, & Sætre Hansen, 2017; Hofhuis et al., 2008). Några av patienterna upplevde ett större lugn ju säkrare vårdpersonalen var i sin roll och i de moment de utförde (Samuelsson, 2011). För att känna sig trygga var det viktigt med kontinuitet av vårdpersonalen (Dahle Olsen, Nester, & Sætre Hansen, 2017).

Rädsla och oro de upplevde till en början försvann när vårdpersonalen var trevlig och sympatisk (Hofhuis et al., 2008). Några patienter upplevde det som positivt när vårdpersonal pratade om sitt privata liv och en del av patienterna föredrog manlig vårdpersonal (Samuelson, 2011). När vårdpersonalen visade medlidande, uppmärksamhet, mod och hjälpte patienterna bli kvitt sin rädsla upplevde de att vårdpersonalen satte dem i centrum, vilket gav en trygghet för patienterna (Hofhuis et al., 2008).

*"They were like angels... like being in heaven"* (Samuelson, 2011, s.82).

### *Negativa upplevelser av vårdpersonalen*

När vårdpersonal pratade över huvudet på patienterna eller hade privata samtal framför dem i samband med omvårdnad kände de sig osynliga och upplevde brist på respekt (Patacas de Castro & Botelho, 2017). De upplevde också att vårdpersonalen var negativ eller bitter, talade otrevligt till dem, var hårdhänta och nonchalerade deras önskingar (Samuelson, 2011). Några av patienterna upplevde även att en del av vårdpersonalen blev arga på dem när de hallucinerade eller hade drömmar (Hofhuis et al., 2008). En del patienter upplevde att vårdpersonalen pratade högt på natten, vilket störde deras sömn och upplevde en känsla av obehag (Dahle Olsen, Nester & Sætre Hansen, 2017; Hofhuis et al., 2008).

*"Yes, the worst thing of them all was all the talking... with each other... all the time... it was really annoying and most disturbing... then, just when you have fallen asleep, you were roused by loud voices again. Strange, they don't understand that all you want when you're really sick and all, is a little peace and quiet. And why they talk so loud, I don't get it"* (Samuelson, 2011, s.81)

Några patienter upplevde en känsla av ilska, rädsla, oro och att de inte blev behandlade som människor när de inte blev tagna på allvar. De kände sig därför hjälplösa och maktlösa (Hofhuis et al., 2008). Patienterna upplevde att det fanns oskrivna regler om hur de som patient skulle uppföra sig och att de inte hade något val mer än att acceptera auktoriteten från vårdpersonalen och att de skulle acceptera sin situation. En del patienter beskrev att de kände sig osynliga bakom all teknologi som fanns, särskilt när de upplevde att vårdpersonalen var mer intresserad av teknologin än patienterna (Stayt, Seers & Tutton, 2015). Patienterna vågade inte fråga om hjälp eller ställa frågor när sjuksköterskorna såg arga ut (Hofhuis et al.,



2008) och en del beskrev att de kände sig frustrerade och sårbara när de bad om hjälp att vända sig i sängen och vårdpersonalen blev då irriterade (Löf, Berggren & Ahlström, 2007).

*"I remember nurses who always looked angry. I did not dare to tell them while they were at work checking on the pumps and everything that I was so thirsty. I would rather have had someone who looked nice and who did not run off immediately but asked me if I needed anything instead."* (Hofhuis et al., 2008, s.309).

### **Svårigheter att göra sig förstådd och samtidigt vara utlämnad och frustrerad**

Här presenteras patienternas frustration över att inte förstå vad vårdpersonalen sade och att inte kunna göra sig förstådd samt hur uppskattat det var när vårdpersonalen tog sig tid till att förbättra kommunikationen. Patienterna upplevde olika känslor till exempel ångest, stress, sårbarhet samt känslan av att vara fången i sin egen kropp.

#### *Kommunikationens påverkan*

Patienterna upplevde det som påfrestande och frustrerande att inte kunna tala och att ha svårigheter att kommunicera och förmedla sina behov till vårdpersonalen och anhöriga (Samuelson, 2011; Dahle Olsen, Nester & Sætre Hansen, 2017; Patacas de Castro & Botelho, 2017). Oförmågan att inte kunna tala ordentligt efter extubation upplevdes som ett stort hinder (Samuelson, 2011). De kände sig maktlösa och vilsna att inte ha en möjlighet att göra sig förstådda (Dahle Olsen, Nester & Sætre Hansen, 2017). Några patienter beskrev svårigheter med att förstå vad vårdpersonalen sa. De upplevde att den mest negativa aspekten var att vårdpersonalen inte kunde förstå vad de ville (Patacas de Castro & Botelho, 2017; Dahle Olsen, Nester & Sætre Hansen, 2017). Andra var bekymrade över språkbarriären och konstant byte av personal (Dahle Olsen, Nester & Sætre Hansen, 2017).

*"I couldn't speak ... terrible ... I wanted to explain that I felt like I was dying and didn't get any air, but I couldn't"* (Samuelson, 2011, s.78)

En del patienter kände att deras familjer betydde allt för dem när de låg på intensivvårdsavdelningen, men hade ingen möjlighet att fråga hur de hade det, vilket gjorde dem ledsna (Patacas de Castro & Botelho, 2017). Det upplevdes stresslindrande när vårdpersonalen tog sig tid att använda sig av pektavlor och skrift (Hofhuis et al., 2008).

*"The worst was being unable to speak. My family come to visit and I couldn't say anything. I spoke but nothing came out. I wanted to talk about how things were at home"* (Ringdal, Plos & Bergbom, 2008, s.6).

### *Olika känslor*

Många patienter upplevde tacksamheten av att ha blivit räddade och att vara vid liv. Det fanns stunder de upplevde känslan av välmående (Ringdal, Plos & Bergbom, 2008; Samuelson, 2011). Ängest, ilska, panik, sårbarhet och frustration var andra känslor som många patienter som vårdades på intensivvårdsavdelningar upplevde (Samuelson, 2011; Chahraoui et al., 2015; Löf, Berggren & Ahlström, 2007). En del patienter upplevde även sig vara ensamma, uttråkade och deprimerade (Karlsson et al., 2016).

*"It was impossible to sleep there at all. I was in a room with an older lady... She snored so much I couldn't sleep all week... Sometimes they moved my bed to an unused consultation room... I kept thinking that things would get better if only I could get home"* (Karlsson et al., 2016, s.752).

Några patienter beskrev också att de kände sig ledsna, tomma, isolerade samt instängda. De upplevde sig hjälplösa, maktlösa och osäkra i den situation de befann sig i (Samuelson, 2011). De hade inte något grepp om vad som pågick runt omkring dem och att de visste inte varför de vårdades på intensivvårdsavdelningen. De kände sig också kränkta då andra hade kontroll över deras öde och liv (Löf, Berggren & Ahlström, 2007). Det förekom också att patienter upplevde sig utlämnande och sårbara när vårdpersonalen visste mer om dem än vad de själva gjorde (Ringdal, Plos & Bergbom, 2008; Patacas de Castro & Botelho, 2017).

*"I was like a vegetable, without being able to do anything be myself. It made me feel very defenceless and helpless"* (Samuelson, 2011, s.79)

Patienterna uppgav också att de skämdes över att vara helt utlämnade till andra människor, genom att exponera sin kropp och att behöva hjälp med basala mänskliga behov (Patacas de Castro & Botelho, 2017). Omvårdnad genomfördes runt omkring dem men inte med dem, vilket gjorde att de kände sig ensamma (Stayt, Seers & Tutton, 2015). Känslan av att vara för

varm eller kall, ligga obekvämt i sängen eller ha en obekväm kudde var stressande faktorer. Uppkopplingen till övervakning som inte fungerade som den skulle, traecheltub, nutritionssonder och infusions slangar var också irriterande, samtidigt som att få hjälp att avlägsna sekret i tuben och att kunna gå endast några timmar efter extubationen var en lättnad. Andra beskrev positiva upplevelser när de fick smärtlindring eller vatten att dricka (Samuelson, 2011). Vanliga känslor som upplevdes var känslan av att inte kunna röra sig, sömnstörningar, känslan av att vara övergiven av sina anhöriga (Chahraoui et al., 2015) och känslan av att vara fast i sin egen kropp och känna sig som en fånge i den utan förmåga att fatta egna beslut (Ringdal, Plos, & Bergbom, 2008).

### **Det överkliga och det verkliga**

Här presenteras patienternas upplevelse av överkliga drömmar och hallucinationer och hur det kunde påverka deras välbefinnande. Både skrämmande och behagliga drömmar och hallucinationer kunde upplevas. Patienterna beskrev också rädslan för döden och upplevde att deras existens var hotad.

#### *Mardrömmar och hallucinationer*

Det framkom att patienter upplevde överkliga händelser och att de hade svårigheter att skilja på vad som var verkligt och överkligt. De flesta av patienterna besvärades av skrämmande mardrömmar och hallucinationer (Chahraoui, Laurent, Bioy & Quenot, 2015; Dahle Olsen, Nester & Sætre Hansen, 2017; Samuelson, 2011).

*”I had fantasies and was horrified: the nurses were dangerous. I was attending my own funeral”* (Dahle Olsen, Nester & Sætre Hansen, 2017, s.63)

Några patienter beskrev sina mardrömmar som att försöka rymma från problem, döden, våld eller skadade kroppsdelar. De upplevde drömmar om främmande människor och aliens. Patienterna beskrev dessa upplevelser som verkliga och de hade svårt att minnas att det var överkliga händelser (Samuelson, 2011). Patienterna som upplevde andra negativa hallucinationer beskrev det som att se prickar, skuggor, färger och figurer överallt, talande djur och insekter i rummet, samt konstiga människor som jagade och skadade dem (Samuelson, 2011; Ringdal, Plos & Bergbom, 2008). Det upplevdes att allting var överkligt och diffust, patienterna visste inte vart de var, som att vara i ett svart hål, i en bubbla eller i en

annan värld (Samuelson, 2011) Upplevelserna av att vara i en dimma gjorde att de upplevde rädsla, ångest och en form av terror (Ringdal, Plos & Bergbom, 2008).

*"It felt so strange... I didn't know if I was alive or dead"* (Samuelson, 2011, s.81)

Mardrömmar som upplevdes under intensivvården kändes verkliga för patienterna men förklarades som överkliga av deras anhöriga (Dahle Olsen, Nester & Sætre Hansen, 2017). När patienterna berättade sina känslor för familj och vänner upplevde de att de inte togs på allvar (Ringdal, Plos & Bergbom, 2008). Det framkom även behagliga drömmar som att resa, fester och kalas eller behagliga hallucinationer som färgglada färger och figurer (Samuelson, 2011; Ringdal, Plos & Bergbom, 2008).

### *Mitt liv var hotat*

En del patienter upplevde en rädsla för döden, att deras existens var hotad, både psykiskt och fysiskt (Patacas de Castro & Botelho, 2017; Löf, Berggren & Ahlström, 2007).

*"I felt with all my body that something was wrong and that my life was threatened"*. (Löf, Berggren & Ahlström, 2007, s.112).

Några patienter beskrev upplevelsen av att inte kunna andas, inte få tillräckligt med luft, känslan av att bli kvävd på grund av sekretansamling samt att kräkas blod som mycket påfrestande och livshotande. Den akuta situationen, att vara kritiskt sjuk upplevdes skrämmande och orsakade chock och kaos (Samuelson, 2011). Andra kände sig osäkra på sin existens och det kändes som att vara i helvetet och de ville istället dö (Löf, Berggren & Ahlström, 2007). Det upplevdes en känsla av att vara i limbo, mellan liv och död med ett stort tomrum runt sig. De upplevde nätterna som en känslostorm, känslan av att sin existens inte var konstant (Patacas de Castro & Botelho, 2017).

*"Why did this happen to me? What will happen to me? Will I live or die?"* (Samuelson, 2011, s.79)

Patienterna kände behov av att behöva larma på personalen, om så bara för att få bekräftelse på att de fortfarande levde och existerade i denna värld. De var rädda för att dö ensamma och

det var denna känsla av att vara beroende av andra för att överleva som gjorde att patienterna upplevde sig stressade (Patacas de Castro & Botelho, 2017). Några patienter upplevde att när de fick sedering och började förlora medvetandet kändes det som att det var på väg att dö och aldrig skulle vakna igen. När de sedan vaknade upplevde de att döden hängde över dem (Löf, Berggren & Ahlström, 2007), medan andra kände en enorm lättnad när de hade insett att de hade överlevt (Samuelson, 2011).

## Diskussion

### Metoddiskussion

När studien skulle påbörjas var båda författarna överens om att en litteraturstudie skulle göras. Båda författarna har gjort en litteraturstudie tidigare och tyckte det var intressant och lärorikt, samt att författarna var intresserade av att granska redan skrivna artiklar och att sammanställa dem. Vid sökning av ämnesområdet uppmärksammades det även att nyare litteratursammanställningar inom området var begränsat, majoriteten av litteratursammanställningar inom ämnet var äldre än tio år. Däremot hade det kunnat vara intressant att genomföra en empirisk studie genom att intervjua patienter och få möjlighet att kunna formulera egna frågor och på så sätt sammanställa ett eget material.

Metoden som användes var av kvalitativ ansats eftersom det svarade bäst på studiens syfte som var att beskriva patienters upplevelse av intensivvården. Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016) menar att en kvalitativ ansats bör användas för att beskriva, förklara och få en djupare förståelse för uppfattningar och upplevelser om en situation. Vidare beskriver Willman et al. (2016) att lämplig datainsamlingsmetod är till exempel intervjuer, brev eller dagboksanteckningar. Majoriteten av metoderna i de inkluderade artiklarna gjordes med semistrukturerade intervjuer, vilket kan vara en styrka för den genomförda studiens resultat. En svaghet för den genomförda studien kan vara att de olika intervjuerna gjordes från tre dagar efter utskrivning till tio år. Patienternas minne kan ha påverkats av tidsperioden och resultatet kan då ha blivit påverkat. Även tiden som lades på varje intervju varierande mellan fem minuter till 120 minuter, vilket eventuellt också kan ha påverkat resultatet. Varför det var så stor skillnad framkommer inte men kan möjligen bero på patienternas intresse och engagemang att delta, men också på förmågan hos personerna som intervjuade att skapa en

dialog. Likaså varierande tiden patienterna spenderade på intensivvårdsavdelningen; mellan fyra timmar till 17 dagar, vilket även här kan ha betydelse för studiens resultat. De patienter som endast var inlagda fyra timmar kan ha haft det svårt att komma ihåg sina upplevelser och att de kanske inte minns att de har befunnit sig på en intensivvårdsavdelning. Det framkom inte heller vilken yrkeskategori som gjorde eller sa vad i artiklarna, författarna anser dock inte att det var väsentlig för hur patienterna upplevde intensivvården.

Artikelsökningen begränsades till artiklar skrivna mellan 2007 till 2018 för att få den senaste forskningen i valt ämne. Från början var det tänkt att artiklarna skulle vara skrivna inom Skandinavien för att resultatet skulle kunna vara så jämförbart med Sverige som möjligt. Författarna till föreliggande studie hittade inte tillräckligt med genomförda studier som svarade på studiens syfte och som var genomförda i Skandinavien, därför valdes artiklar från europeiska länder. Artiklarna som studiens resultat är baserat på är utförda i Sverige, Norge, Frankrike, Portugal, Nederländerna samt Storbritannien varav fem av artiklarna är genomförda i Sverige. Det har varit intressant att se likheter mellan upplevelser från olika patienter från olika europeiska länder. Det är också viktigt att beakta de olika ländernas kulturella förhållande som kan påverka känslor och upplevelser om intensivvården. Ländernas sjukvårdssystem skulle även kunna skilja sig åt vilket kan påverka patienternas upplevelser.

Resultatet bygger på totalt 329 patienters upplevelser varav 152 var kvinnor och 158 var män. En artikel beskriver inte antalet kvinnor och män men inkluderas ändå i studien då det inte ansågs påverka studiens resultat. Anledningen till att en av exklusionskriterierna var elektiva inläggningar var för att författarna inte ville att patienternas förförståelse, förberedning och erhållen information eventuellt skulle påverka deras upplevelser av vårdtiden. En av artiklarna som valdes ut till resultatet är av både kvalitativ och kvantitativ ansats, där enbart den kvalitativa delen har använts. Artikeln inkluderades även om den var en mixed-method studie, då det kvalitativa resultatet i artikeln svarade väl till den föreliggande litteraturstudies syfte.

Litteratursökningen genomfördes i databaserna Cinahl, PubMed och PsykInfo. De utvalda artiklarna har hämtats från alla tre databaser då de är omvårdnadsinriktade samt på grund av Willman et al. (2016) rekommendation att en litteratursökning bör ske från flera olika databaser. Genom att använda olika databaser kunde författarna finna ett flertal olika artiklar som svarade på studiens syfte. Sökningar i andra databaser skulle kunna bidra med ytterligare artiklar, men författarna till föreliggande studie ansåg att fler artiklar sannolikt inte skulle

påverka resultatet. Willman et al. (2016) beskriver att det är viktigt att genomföra litteratursökningen enligt en utarbetad plan som hela tiden ska utgå från studiens problemformulering och syfte. I början av sökningen användes ett fåtal sökord som gav högt antal sökträffar. En svaghet kan vara att ett högt antal träffar resulterade i att titlar missades vid genomläsning där artikelns innehåll hade kunnat användas. Willman et al. (2016) betonar vikten av att kunna kombinera olika sökord vilket antingen förenar eller separerar söktermerna. Författarna kombinerade olika sökord med den booleska sökoperatoren AND och relevanta artiklar kunde därmed hittas. Den booleska sökoperatoren OR används inte för att sökningen blev för bred och svarade inte på den genomförda studiens syfte. Efter ett flertal sökningar gjordes det sökningar med den booleska sökoperatoren NOT för att försöka begränsa sökningarna, till exempel att exkludera de artiklar som handlade om sjuksköterskan och anhörigas upplevelser. Författarna upptäckte dock att det inte gav någon skillnad i de redan funna artiklarna, därför valde författarna att inte använda sökoperatoren NOT. De booleska sökoperatorena användes var för sig, vilket även Willman et al. (2016) rekommenderar för att inte förvilla författarna eller läsarnas möjlighet att kritiskt värdera sökningen. Manuell sökning genomfördes efter artiklarnas titlar då författarna hade funnit intressanta titlar i redan funna artiklarnas referenslistor. Alla artiklar skulle vara skrivna på engelska eller svenska vilket kan vara en svaghet då artiklar på andra språk kan ha varit relevanta för studiens resultat. Anledningen till att författarna enbart valde engelska och svenska var för att de behärskar det engelska och svenska språket mycket väl samt för att översättningen från andra språk inte skulle bli felaktig, vilket Willman et al. (2016) även rekommenderar. De gånger som författarna var osäkra på den engelska skriften och för att undvika egna tolkningar från engelska till svenska har ordlistor använts som hjälp.

För att granska alla elva artiklarnas kvalitet användes Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod. Granskningen var omfattande och systematisk där författarna har granskat alla artiklarna var för sig och sedan tillsammans för att upptäcka likheter och eventuella skillnader och för att undvika bias. När oklarheter uppstod diskuterades dessa mellan författarna. Av de elva artiklar som valdes att ingå i studien var det två artiklar med medel kvalitet och nio artiklar med hög kvalitet. Orsaken till att två artiklar fick medel kvalitet berodde på att den ena inte hade någon teoretisk referensram och sparsam bakgrund, däremot tydlig problemformulering. Den andra artikeln hade begränsad datamättnad, enbart tio deltagare samt teoretisk referensram saknades. Ingen av de granskade artiklarna hade låg kvalitet, men om någon artikel hade visat

sig vara av låg kvalitet hade den exkluderats för att studiens resultat ska upprätthålla hög trovärdighet. Det valda granskningsprotokollet bör enligt Willman et al. (2011) anpassas till varje studie. Författarna till den föreliggande studien valde att utgå från det ursprungliga granskningsprotokollet för att inte påverka artiklarnas kvalitet samt för att författarna upplevde sig ha begränsad kunskap om vilka frågor som kan modifieras utan att påverka kvaliteten. Alla artiklar som granskades hade ett etiskt godkännande, som enligt Willman et al. (2016) är en viktig del i granskningsprotokollet. Enligt Olsson och Sörensen (2011) ska forskning bedrivas utan att göra skada eller utsätta människor för psykiskt eller fysiskt obehag. Detta innebär frivilligt och anonymt deltagande i studierna samt rätt till att avbryta deltagandet under studiens gång. Målet med forskningen var att öka en förståelse och skapa positiva förändringar (ibid).

Som analysmetod användes SBU:s (2014) tolkning av meta-syntes då det lämpas bäst till en litteratursökning. En svaghet i vald analysmetod kan vara att de teman som valdes ut och jämfördes var skrivna på engelska, vilket innebär att författarna till föreliggande studie kan ha missförstått innebörden då översättning till svenska inte alla gånger var lämpligt.

Avstämningen av teman med citat kan också ha gjort att författarna till föreliggande studie valde att citat passade bättre ihop med något annat tema än ur det teman citatet var hämtat ifrån. Graneheim och Lundman (2003) beskriver vikten av att studien ska vara trovärdig för läsarna. Studiens resultat är baserat på upplevelser av både män och kvinnor i olika åldrar, vilket enligt Graneheim och Lundman (2003) ökar studiens trovärdighet. Resultatet i föreliggande studie är baserat på utvalda, anpassade och lämpliga meningsenheter. Att meningsetheterna är anpassade är viktigt för att uppnå hög trovärdighet. Författarna har redovisat likheter och skillnader mellan olika tema genom att citat från ursprungstexten redovisas, vilket enligt Graneheim och Lundman (2003) ökar trovärdigheten. Författarnas förförståelse och tidigare erfarenheter finns tydligt beskrivit i metoden som också ökar trovärdigheten (ibid).

I den föreliggande studiens resultat beskrivs patienters upplevelser av intensivvård och är baserat på artiklar från Europa varav fem är gjorda i Sverige. Med detta menar författarna till föreliggande studie att viss överförbarhet föreligger, men varje upplevelse och känsla måste betraktas som individuell och subjektiv. Författarna till föreliggande studie menar därför att överförbarheten är högre till europeiska länder än till resten av världen, då inga studier från



exempelvis Asien ingår. En tydlig presentation av artiklarnas metod och urval har redovisats, vilket enligt Graneheim och Lundman (2003) också ökar studiens överförbarhet.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet i föreliggande studie visar att patienternas upplevelser skiljer sig åt. Omgivningen och relationen till vårdpersonalen har stor betydelse för välmåendet samt att kommunikationsmöjligheterna är begränsade. Patienterna upplever också att det är svårt att skilja på vad som är verkligt och överkligt och upplever många gånger att deras existens är hotad. Resultatet stämmer överens med vad tidigare litteraturstudier kommit fram till. Cutler et al. (2013) studie visar att patienter som vårdas på intensivvårdsavdelningar upplever påfrestande drömmar och upplever en närhet till döden. Kommunikationen med närstående och vårdpersonal påverkar deras upplevelser och patienterna upplever många gånger svårigheter att kunna förmedla sina känslor och tankar och det är inte alla patienter som upplever anhörigas närvaro som lugnande, utan några blir även oroliga för sina anhöriga och stressade över att inte kunna kommunicera med dem (ibid). Litteraturstudien av Tsay et al. (2013) betonar också att patienterna upplever att de är fränkopplade från verkligheten och att de inte har någon kontroll över sitt liv. De är därför beroende av vårdpersonalens kompetens och tekniken på avdelningen för att känna sig trygga och i goda händer. Patienterna i Tsay et al. (2013) studie upplevde även att de inte hade kontroll över sin kropp, vilket även föreliggande studie beskriver.

Resultatet i denna litteraturstudie visar på att majoriteten av patienterna upplever någon form av hallucinationer eller mardrömmar, vilket enligt Wade et al. (2015) är överrepresenterat hos patienter som vårdats på en intensivvårdsavdelning. Hallucinationer och förvirring i kombination med till exempel smärta gör det svårt för patienterna att förstå vad som är verkligt eller inte (Wade et al., 2015; Cutler, Hayter & Ryan 2013). Svenningsen, Egerod och Dreyer (2016) beskriver att det är vanligare med hallucinationer än riktiga drömmar och betonar förekomsten av hallucinationer där patienterna inte känner igen sina familjer och tror att familjerna är en del av vårdpersonalen på intensivvårdsavdelningen. Samtidigt beskriver Egerod et al. (2015) att kontakten med familjerna och vårdpersonalen är ett bevis på verkligheten. Svenningsen et al. (2016) beskriver också upplevelsen om mardrömmar där patienterna ser sig själv avlida, strida och kämpa för sitt liv. Patienterna i föreliggande studies resultat upplever att det ibland är svårt att avgöra vad som är verkligt eller överkligt vilket gör

dem rädda och osäkra. Att inte förstå vad som är verkligt eller inte kan förändra tidsuppfattningen och verklighetsuppfattningen. En förändrad verklighetsuppfattning kan göra det svårare att förstå situationen man är i och informationen kan då vara avgörande för att lättare förstå vad som är verkligt eller inte. Enligt Cutler et al. (2013) är given information från vårdpersonal och familj viktig för patienterna för att förstå vad som är verkligt i den aktuella situationen och vad som är verkligt eller överkligt av tidigare upplevelser. Informationen som patienterna erhåller från vårdpersonal och anhörig har i föreliggande studie visat sig vara lugnande för patienterna som vårdas på en intensivvårdsavdelning. Det framkommer inte vilken information som patienten erhållit av anhörig eller om det är kommunikationen med anhörig i sig som lugnar patienten. Något som är viktigt att ha i åtanke är att inte alla patienter upplever information given från anhörig som positiv. Enligt Cutler et al. (2013) upplever några patienter en frustration när en anhörig ger information för att muntra upp då informationen som ges inte alltid är korrekt.

Obehagliga upplevelser är något som kan påverka patienterna längre fram i livet och som de minns under lång tid. Just obehagliga eller traumatiska upplevelser är starkt kopplade till att patienterna senare i livet kan utveckla post-traumatiskt stressyndrom. Även de patienter som upplever sig begränsade under vårdtiden i form av att behöva ventilatorstöd och vara begränsade kommunikativt har en ökad risk att utveckla posttraumatiskt stressyndrom (Morrissey & Collier, 2016). Enligt Ringdal, Plos, Ortenwall och Bergbom (2010) kan personer som utvecklar posttraumatiskt stressyndrom bli begränsade i sitt vardagliga liv och oförmögna till att kunna arbeta och livskvaliteten kan påverkas negativt. Om ingen hjälp ges med att bearbeta de traumatiska och obehagliga upplevelserna och personerna utvecklar posttraumatiskt stressyndrom kan det leda till en ökad kostnad för samhället i form av fler resurser för hjälp till återhämtning (ibid). Författarna till föreliggande studie menar därför att om det finns kunskap om vad patienter som vårdas på intensivvårdsavdelningar upplever, är möjligheterna större att vårdpersonal är medveten om sina handlingar som kan påverka patientens upplevelse. En ökad förståelse skulle kunna leda till ökad kunskap i att stötta patienterna och öka förståelsen för patienter som behöver professionell hjälp. Professionell hjälp med att bearbeta upplevelserna redan innan utskrivning skulle vara till hjälp för patienten och dennes välmående efter vårdtiden. Skräck och skam efter obehagliga upplevelser på intensivvårdsavdelningar är något patienter kommer ihåg efter utskrivning enligt Russel (1999) och Wade et al. (2015). Redan 1999 visades att obehagliga upplevelser kan vara svåra att hantera för patienterna och det borde därför idag finnas åtgärder för att

hjälpa patienterna att hantera sin situation och minska risken för negativa påföljder längre fram i livet. Professionell hjälp är även något Wade et al. (2015) har betonat i sin artikel då patienter uttryckt en önskan att få hjälp med att handskas med sina minnen efter obehagliga upplevelser som de uttrycker sig komma ihåg i större utsträckning än positiva upplevelser (ibid).

Patienterna i studiens resultat beskriver vikten av att deras familjer är på besök och upplever att de är stor bidragande orsak till deras tillfrisknande. Även Egerod et al. (2015) betonar vikten av familjernas närvaro framför allt för de patienter som är svårt sjuka och svävar mellan liv och död. Svenningsen et al. (2016) beskriver dock att det är vanligt att patienterna blir ännu mer förvirrade och får minnen från sin barndom och situationer som hände för länge sedan när familjerna var på besök. Detta ska dock inte hindra familjerna från att besöka sin anhörig då en del patienter enligt Cutler et al. (2013) får en känsla av säkerhet med anhöriga närvarande. En nära relation med anhöriga eller andra människor kan ge en känsla av skydd, säkerhet och inre styrka (Egerod et al., 2015). Upplevelserna av att ha anhöriga närvarande kan variera hos patienterna och det är därför viktigt att förstå att det är individuella känslor och det är viktigt att intensivvårdssjuksköterskan tar hänsyn till dessa individuella känslor för att ge patienterna den bästa möjliga vården och minska de negativa upplevelserna.

Resultatet belyser skilda känslor om hur patienterna upplever att vårdas på en intensivvårdsavdelning. Några känner sig trygga och i goda händer medan andra upplever att de har förlorat kontrollen över sitt liv och sin tillvaro. Baumgarten och Poulsen (2014) betonar att vara kritiskt sjuk och vårdas på en intensivvårdsavdelning kan leda till minskad självständighet och minskad kontroll vilket leder till känsla av ensamhet och längtan efter samhörighet (ibid.). I studiens resultat framkommer det att patienterna har både negativa och positiva upplevelser av vårdpersonalen så som respektlöst och nonchalant beteende men också att de upplever trygghet och komfort. Baumgarten och Poulsen (2014) beskrev att om vårdpersonalen inte visade respekt för patienten och inte lyssnade på patienten kunde det leda till brist i patientens värdighet. Vårdpersonalens bemötande påverkar patienternas humör och känslor vilket leder till obehagliga upplevelser (Egerod et al., 2015), därför är det viktigt att intensivvårdssjuksköterskan är medveten om vilka känslor deras bemötande kan framkalla och att varje situation anpassas för att bemöta patienten på bästa sätt. Eriksson (1994) beskriver att varje situation ska ses som unik och att bemötandet från vårdpersonalen ska anpassas till varje unik situation och till varje individuell individ.

Vårdtiden på en intensivvårdsavdelning är påfrestande och leder till lidande för patienterna relaterat till bland annat den högteknologiska miljön och intensivvårdssjuksköterskornas aktivitet på salarna. Teknisk utrustning ger patienterna både trygghet och säkerhet men några upplever även stress och en känsla av att vara begränsad, vilket även en studie av Cutler et al. (2013) bekräftar. Enligt Eriksson (1994) är lidandet en del av människan och intensivvårdssjuksköterskan har som uppgift att se hela människan genom att bekräfta lidandet och därefter hjälpa patienten till mindre lidande samt att ge patienten hopp. Eriksson (1994) beskriver lidandet som en del av människan, men nämner även det onödiga lidandet, vårdlidandet, som är ett lidande patienter får utstå på grund av vårdpersonal. Teknisk utrustning är viktigt för att kunna observera och bedöma patientens tillstånd, men det är viktigt att inte glömma vilka upplevelser det ger patienten. Tidigare studier beskriver att några patienter får en känsla av säkerhet och förbättring i sin situation när teknisk utrustning kunde avlägsnas medan andra patienter upplever sig hjälplösa utan teknisk utrustning (Cutler et al., 2013). Kunskapen om att patienterna upplever olika känslor är viktigt för vårdpersonalen för att kunna förbättra miljön och ge patienten information om utrustningens betydelse och ge så god och säker vård som möjligt.

Den föreliggande studiens resultat visar att majoriteten av patienterna upplever frustration över att inte kunna kommunicera med sin familj eller vårdpersonalen. Det är påfrestande att inte göra sig förstådd och att inte förstå vad andra säger. Patienterna känner sig bortglömda när de inte kan kommunicera med människorna runt omkring sig. Baumgarten och Poulsen (2014) betonar också kommunikationens betydelse för att bli sedd och accepterad. Genom att läsa Russel (1999) studie, bekräftas det att känslorna hos patienter som vårdats på en intensivvårdsavdelning inte har förändrats med tidens gång. Patienternas upplevda känslor påverkas av miljön och vårdpersonalens bemötande. En del patienter upplever säkerhet av tekniken medan andra upplever det skrämmande. Vårdpersonalens bemötande gör att några patienter får en känsla av trygghet och att de får tillit till personalen medan andra upplever rädsla och att de får felaktig information då vårdpersonal pratar med varandra om patienten istället för med patienten (ibid.). Av detta kan en slutsats dras att patienterna fortfarande blir påverkade av miljö och bemötandet från vårdpersonalen och upplever på grund av detta både positiva och negativa känslor. Det går inte att avgöra om miljön har förändrats vilket kan påverka upplevelserna, dock finns det likheter från Russels (1999) artikel och föreliggande

studies resultat som visar att en stor faktor till obehag är den tekniska utrustningen, miljön patienten vistas i samt känslan av att vårdpersonal inte sätter patienten i centrum.

För majoriteten av patienterna var upplevelserna negativa, vilket författarna till föreliggande litteraturstudie tror beror på att studien är baserad på artiklar som undersöker upplevelser i samband med kritiska sjukdomstillstånd där en rädsla och en känsla av att vara nära döden föreligger. Att obehagliga upplevelser är mer representerat än positiva kan bero på att de obehagliga upplevelserna är något patienterna har större minne av. Enligt Cutler et al. (2013) kommer patienterna i större utsträckning ihåg upplevelserna ju obehagligare de upplever situationen. Därför är det viktigt som intensivvårdssjuksköterska att ha kunskap om vad som ger patienter ett lidande, för att kunna arbeta förebyggande för att minska lidandet, något som även Eriksson (1994) betonar.

## **Konklusioner och implikationer**

Upplevelserna som patienterna som vårdats på en intensivvårdsavdelning uppger är varierande men samtidigt är många upplevelser gemensamma. Det varierar mellan positiva och negativa upplevelser om hur miljön runt omkring dem samt hur personalens bemötande kan påverka deras välmående. En frustration för att inte kunna förmedla sig föreligger hos patienterna och de uppger också svårigheter med att skilja på vad som var verkliga och överkliga upplevelser så som mardrömmar och hallucinationer. Den föreliggande studien visar att patienternas upplevelser inte har förändrats genom åren utan påfrestande och negativa upplevelser är fortfarande ett problem för patientens välbefinnande. Det framkom övervägande negativa upplevelser vilket även kan påverka patienternas välmående efter vårdtiden på intensivvårdsavdelningen.

Eftersom intensivvårdssjuksköterskans uppgift är att främja patienternas välmående och minska lidandet bör intensivvårdssjuksköterskan arbeta för att patienterna ska få så positiva upplevelser som möjligt genom att vara lyhörd, vara bekräftande, ge väl anpassad information samt genom att ge patienterna trygghet. Vidare forskning om hur intensivvårdssjuksköterskan skulle kunna anpassa exempelvis information och bemötande för att främja positiva upplevelser är önskvärt för att vårdtiden på intensivvårdsavdelningen ska upplevas så trygg och säker som möjligt för patienterna.

## Referenser

*\*Artiklar som ingår i studiens resultat*

Alasad, J-A., Tabar, N-A., & Ahmad, M-M. (2016). Patients´experience of being in intensive care units. *Journal of Critical Care, 30*, 859.e7-859.e11. doi:10.1016/j.jcrc.2015.03.021

Baumgarten., M., & Poulsen, I. (2015). Patients´experience of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29*, 205-214. doi:10.1111/scs.12177

Bélangier, L., & Ducharme F. (2011). Patients´ and nurses´ experiences of delirium: a review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care, 16*(6), 303-315. doi:10.1111/j.1478/5153.2011.00454.x

Brülde, B. (2007). *Lycka och lidande*. Danmark: Studentlitteratur

\*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. *Journal of Critical Care, 30*, 599-605.

Cutler, L., Hayter, M., & Ryan T. (2013). A critical review and Synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive and Critical Care Nursing, 29*, 147-157. doi:10.1016/j.iccn.2012.12.001

\*Dahle Olsen, K., Nester, M., & Sætre Hansen, B. (2017). Evaluating the past to improve the future – A qualitative study of ICU patients´experiences. *Intensive and Critical Care Nursing, 43*, 61-67. doi:org/10.1016/j.iccn.2017.06.008

Egerod, I., Bergbom, I., Lindhl, B., Henricson, M., Granberg-Axell, A., & Storli, S.L. (2015). The patients experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies, 52*, 1354-1361. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.017

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm. Liber Ab

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Stockholm. Liber AB

\*Forsberg, A., Lindgren, E., & Engström, Å. (2011). Being transferred from an intensive care unit to a ward: Searching for the known in the unknown. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 110-11. doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01915.x

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

\*Hofhuis, J., Spronk, P., F. van Steel, H., Schrijvers, A., H. Rommes, J., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and critical care nursing*, 24, 300-313. doi:10.1016/j.iccn.2008.03.004

Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28, 6-15. doi:10.1016/j.iccn.2011.11.002

\*Karlsson, V., Bergbom, I., Ringdal, M., & Jonsson, A. (2016). After discharge home: a qualitative analysis of older ICU patients' experiences and care needs. *Scand J Caring Sci*, 30, 749-756. doi:10.1111/scs.12301

Larsson, A., & Rubertsson, S. (2016). *Intensivvård*. Stockholm: Liber AB

\*Löf, L., Berggren, L., & Ahlström, G. (2007). ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: Follow-ups after 3 and 12 months. *Intensive and critical care nursing*, 24, 108-121. doi:10.1016/j.iccn.2007.08.001

Morrissey M., & Collier E. (2016). Literature review of post-traumatic stress disorder in the critical care population. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1501-1514. doi:10.1111/jocn.13138

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB

Russel, S. (1999). An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship*, 29, 783-791. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.00953.x

\*Patacas de Castro, C-M., & Botelho, M-A. (2017). The experience of the persons with critical condition hospitalized in an intensive care unit. *Journal of Nursing*, 11(9), 3386-3394. doi:10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201709

\*Ringdal, M., Plos, K., & Bergbom, I. (2008). Memories of being injured and patient´s care trajectory after physical trauma. *BMC Nursing*, 7(8), 1-12. doi:10.1186/1472-6955-7-8

Ringdal, M., Plos, K., Ortenwall, P., & Bergbom, I. (2010). Memories and health-related quality of life after intensive care: a follow-up study. *Crit Care Med*, 38(1), 38-44. doi:10.1097/CCM.0b013e3181b42909

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

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvård* (2014). Hämtad 2017-11-09, från <http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

\*Stayt, L-C., Seers, K., & Tutton E. (2015). Patient´s experience of technology and care in adult intensive care. *Original research: Empirical research – qualitative*. 2051-2061

\*Storli, S., Lindseth, A., & Asplund, K. (2008). A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *British Association of Critical Care Nurses*, 13(2), 86-96.



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. *Journal of Critical Care*, 25, 2807-2815. doi:10.1111/jocn.13318

Svensk förening för anestesi och intensivvård och svenska intensivvårdssällskapet. (2015). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. Hämtad 2017-11-07 från [https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivv%C3%A5rd\\_-rev-2015.pdf](https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivv%C3%A5rd_-rev-2015.pdf)

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

Tsay, S-F., Mu, P-F., Lin, S., Wang, K., & Chen, Y-C. (2013). Experiences of adult ventilator-dependent patients: A meta-synthesis review. *Nursing and Health Sciences*, 15 (4), 525-533. doi.org/10.1111/nhs.12049

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2018-05-08 från [https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494\\_forskningsetiska\\_principer\\_2002.pdf](https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf)

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

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

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

# Bilaga 1. Granskningsprotokoll

*Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). Evidensbaserad omvårdnad - En bro 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  Vet ej

## Urval

- Relevant?  Ja  Nej  Vet ej

- Strategiskt?  Ja  Nej  Vet ej

## Metod för

- urvalsförfarande tydligt beskrivet?  Ja  Nej  Vet ej

- datainsamling tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

- analys tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

## Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt?  Ja  Nej  Vet ej

- Råder datamätnad?  Ja  Nej  Vet ej

- Råder analysmättnad?  Ja  Nej  Vet ej

## Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?

Ja  Nej  Vet ej

Genereras teori  Ja  Nej  Vet ej

## Huvudfynd

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

Sammanfattande bedömning av kvalitet  Bra  Medel  Dålig

## Bilaga 2. Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Chahraoui, K., Laurent, A., Bioy, A., & Quenot, J-P. 2015. Frankrike.	Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A Descriptive and qualitative study.	Kvalitativ. Semi-strukturerade intervjuer Jan 2013 – Juni 2013	20 deltagare varav 9 män och 11 kvinnor. Medelålder 68 år.	13 poäng = 93% Grad I = Hög kvalitet
Dahle Olsen, K., Nester, M., & Sætre Hansen, B. 2017. Norge	Evaluating the past to improve the future – A qualitative study of ICU patients' experiences.	Kvalitativ. Semi-strukturerade intervjuer 1. på avdelning efter utskrivning från IVA 2. Tre månader efter utskrivning från sjukhuset.	27 deltagare varav 18 män och 9 kvinnor Ålder 20-80 år.	12 poäng = 86 % Grad I = Hög kvalitet
Forsberg, A., Lindgren, E., & Engström, Å. 2011. Sverige.	Being transferred from an intensive care unit to a ward: Searching for the known in the unknown.	Kvalitativ. Semi-strukturerade intervjuer.	10 deltagare varav 4 män och 6 kvinnor.	12 poäng = 86% Grad I = Hög kvalitet
Hofhuis, J., Spronk, P., F. van Stel, H., Schrijvers, A., Rommes, J., & Bakker, J. 2008. Nederländerna	Experiences of critically ill patients in the ICU	Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer. Studien pågick i 6 månader.	11 deltagare varav 7 män och 4 kvinnor. Medelålder 69 år.	12 poäng = 86% Grad I = Hög kvalitet
Karlsson, V., Bergbom, I., Ringdal, M., & Jonsson, A. 2016. Sverige.	After discharge home: a qualitative analysis of older ICU patients' experiences and care need	Kvalitativ. Telefonintervjuer Mars 2013- Maj 2014.	15 deltagare varav 8 män och 7 kvinnor. Medelålder 71 år.	12 poäng = 86% Grad I = Hög kvalitet
Löf, L., Berggren, L., & Ahlström, G. 2007. Sverige.	ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: Follow-ups after 3 and 12 months	Kvalitativa intervjuer. 3 respektive 12 månader efter utskrivning,	9 deltagare i första intervjun varav 6 män och 3 kvinnor, 8 deltagare i andra intervjun. Medelålder 63,7 år.	12 poäng = 86% Grad I = Hög kvalitet

<b>Författare/år/land</b>	<b>Titel</b>	<b>Metod</b>	<b>Urval</b>	<b>Kvalitet</b>
Patacas de Castro, C-M. & Botelho, M-A. 2017. Portugal.	The experience of the persons with critical condition hospitalized in an intensive care unit	Kvalitativ. Ostrukturerade intervjuer. Okt 2012- Dec 2013.	12 deltagare varav 3 män och 9 kvinnor. Ålder 27-77 år.	11 poäng = 79% Grad II = Medel kvalitet
Ringdal, M., Plos, K., & Bergbom, I. 2008. Sverige	Memories of being injured and patient´s care trajectory after physical trauma	Kvalitativ. En öppen fråga. Apr – Sep 2004	18 deltagare varav 9 män och 9 kvinnor. Medelålder 48 år.	13 poäng = 93 % Grad I = Hög kvalitet
Samuelson., K. 2011. Sverige.	Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients- Findings från 250 interviews.	Kvalitativ. Två öppna intervjufrågor Sep 2003- Feb 2005	178 deltagare varav 90 män och 88 kvinnor. Medelålder 63 år.	13 poäng = 93 % Grad I = Hög kvalitet
Stayt, L-C., Seers, K., & Tutton E. 2015. Storbritannien.	Patient´s experience of technology and care in adult intensive care.	Kvalitativ. Fenomenologisk metod 2009 -2011	19 deltagare. Medelålder 57,5 år.	13 poäng = 93% Grad I = Hög kvalitet
Storli, S., Lindseth, A., & Asplund, K. 2008. Norge.	A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care	Kvalitativ. Intervju 10 år efter utskrivning från IVA.	10 deltagare varav 4 män och 6 kvinnor. Medelålder 46 år.	10 poäng = 71% Grad II = Medel kvalitet

### Bilaga 3. Artikelsammanställning

Land	Publiceringsår	Antal deltagare	Kvinnor & män	Ålder	Metod	När intervjuerna är gjorda	Hur länge intervjuerna pågick	Hur många dagar på IVA
5 Sverige 2 Norge 1 Frankrike 1 Nederländerna 1 Storbritannien 1 Portugal	2007- 2017	329	K= 152 M= 158  <i>(en artikel redovisade inte skillnaden på kvinnor och män)</i>	18- 86 år	4 Semi-strukturerade intervjuer 2 Öppna frågor 1 Fenomenologisk intervju 1 Telefonintervjuer 1 Ostrukturerade intervjuer <i>(två artiklar preciserar inte vilken form av intervjuer de använde)</i>	3 dagar- 10 år efter utskrivning från IVA	5- 120 min	4 tim- 17 dagar

## Bilaga 4. Databassökning

Databas Cinahl. Sökdatum 180226

Sökning	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH)	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Utvalda artiklar
1a	Patient*	Abstract, human, peer reviewed, 2007-2018	Abstract	361212	0	0	
1b	1a AND experience*	se ovan	Fritext	45908	0	0	
1c	1a AND 1b AND ICU	se ovan	Fritext	877	0	0	
1d	1a AND 1b AND 1c AND qualitative	se ovan	Fritext	183	183	10	1) Evaluating the past to improve the future – A qualitative study of ICU patients' experiences.
2a	Patient*	Abstract, human, peer reviewed, 2007-2018	Abstract	361212	0	0	
2b	2a AND experience*	se ovan	Abstract	41613	0	0	
2c	2a AND 2b AND ICU	se ovan	Fritext	778	0	0	
2d	2a AND 2b AND 2c AND critical ill	se ovan	Fritext	207	207	21	1) After discharge home: a qualitative analysis of older ICU patients' experiences and care need

Databas PubMed. Sökdatum 180227

Sökning	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH)	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Utvalda artiklar
1a	Experience*	Abstract available, human, peer reviewed, 2007-2018	Titel	20928	0	0	
1b	1a AND intensive care unit*	se ovan	Abstract	428	0	0	
1c	1a AND 1b AND person*	se ovan	Fritext	74	74	4	<b>1)</b> The experience of the persons with critical condition hospitalized in an intensive care unit.

Databas PsycInfo. Sökdatum 180227

Sökning	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH)	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Utvalda artiklar
1a	Experiences*	English, abstract, 2007-2018	Abstract	123678	0	0	
1b	1a AND patient*	se ovan	Fritext	17460	0	0	
1c	1a AND 1b AND ICU	se ovan	Fritext	155	155	12	<b>1)</b> Experience of Critical ill patients in the ICU
2a	Patient*	English, abstract, 2007-2017	Titel	72700	0	0	
2b	2a AND ICU	se ovan	Abstract	446	0	0	
2c	2a AND 2b AND emotion*	se ovan	Fritext	32	32	2	<b>1)</b> ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: Follow-ups after 3 and 12 months
3a	Patient*	English, abstract, 2007-2017	Titel	72700	0	0	
3b	3a AND Intensive care	se ovan	Abstract	1071	0	0	
3c	3a AND 3b AND Memories	se ovan	Abstract	10	10	3	<b>1)</b> Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients – Findings from 250 interviews



Manuella sökningar i Cinahl. Sökdatum 180302

Sökning	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH)	Antal träffar	Lästa Abstract	Utvalda artiklar
1	Patients´experiences of technology and care in adult intensive care	-	Titel	-	1	<b>1)</b> Patients´ experiences of technology and care in adult intensive care.
2	A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care.	-	Titel	-	1	<b>1)</b> A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care.
3	Memories of being injured and patients´care trajectory after physical trauma.	-	Titel	-	1	<b>1)</b> Memories of being injured and patients´care trajectory after physical trauma.
4	Being transferred from an intensive care unit to a ward: Searching for the known in the unknown.	-	Titel	-	1	<b>1)</b> Being transferred from an intensive care unit to a ward: Searching for the known in the unknown.
5	Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study	-	Titel	-	1	<b>1) )</b> Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study

## Bilaga 5. Analysprocess enligt SBU (2014)

Citat och meningsbärande enheter	Första nivåns tema	Andra nivåns tema	Tredje nivåns tema
<i>"Because tracheal suctioning... it felt like you... when you have a frog in your throat and try to clear it, will I couldn't do that so it was a great relief"</i> (Stayt, Seers, & Tutton, 2015, s.2056).	Sugning av sekret i trachealtuben... det var en stor lättnad när jag fick hjälp med det.	Miljöns påverkan	Omgivningens betydelse
The dawn was announced by opening the blinds and turning on the lights, bringing order to the chaos that the night had caused (Patacas de Castro & Botelho, 2017)	Det blev ordning igen när lamporna tändes och det blev morgon.		
<i>"She was there every day and that felt good. It was nice to have someone, and mom is always mom. I felt quite small at times"</i> (Ringdal, Plos & Bergbom, 2008, s.7).	Mamma var alltid närvarande.	Patienters upplevelser av anhörigas närvaro	
The presence of close relatives made them feel safe and calm (Storli, Lindseth & Asplund, 2008)	Anhöriga gav trygghet.		
<i>"I remember one nurse, stroking and then holding my hand, speaking in a friendly way to me... it felt wonderful and comforted me... a really nice memory"</i> (Samuelson, 2011, s.80).	Vårdpersonalen talade lugnt och vänligt till mig.	Positiva upplevelser av vårdpersonalen	
They felt that the nurses in the ICU had control over the situation (Forsberg, Lindgren & Engström, 2011)	Vårdpersonalen hade kontroll över situationen.		
The nurses talked loud at night. It was difficult to sleep and it made me feel stressful (Dahle Olsen, Nester & Sætre Hansen, 2017).	Svårigheter att sova på natten på grund av att vårdpersonalen var högljudda.	Negativa upplevelser av vårdpersonalen	
<i>"I remember nurses who always looked angry. I did not dare to tell them while they were at work checking on the pumps and everything that I was so thirsty. I would rather have had someone who looked nice and who did not run off immediately but asked me if I needed anything instead"</i> (Hofhuis et al., 2008, s.309).	Vårdpersonalen såg arga ut och jag vågade inte be om hjälp.		

Citat och meningsbärande enheter	Första nivåns tema	Andra nivåns tema	Tredje nivåns tema
When talking was not possible the aid of nurses in pointing out letters and writing was perceived as stress relieving (Hofhuis et al., 2008).	Det var stresslindrande när pektavlor och skrift användes.	Kommunikationens påverkan	Svårigheter att göra sig förstådd och samtidigt vara utlämnad och frustrerad
<i>"The worst was being unable to speak. My family come to visit and I couldn't say anything. I spoke but nothing came out. I wanted to talk about how things were at home"</i> (Ringdal, Plos & Bergbom, 2008, s.6).	Min familj kom och hälsade på men jag kunde inte säga någonting.		
<i>"It was impossible to sleep there at all. I was in a room with an older lady... She snored so much I couldn't sleep all week... Sometimes they moved my bed to an unused consultation room... I kept thinking that things would get better if only I could get home"</i> (Karlsson et al., 2016, s.752).	Det var omöjligt att sova. Jag kände att allt skulle bli bättre om jag kom hem.	Olika känslor	
They described invisible care. Caring activities were going on around them but not necessarily to them or with them (Stayt, Seers, & Tutton, 2015).	Omvårdnad genomfördes runt omkring. De kände sig osynliga.		
<i>"I had fantasies and was horrified: the nurses were dangerous. I was attending my own funeral"</i> (Dahle Olsen, Nester & Sætre Hansen, 2017, s.63).	Jag hade hemska fantasier.	Mardrömmar och hallucinationer	Det överkliga och det verkliga
<i>It was terrible with the nightmares and hallucinations</i> (Chahraoui et al., 2015).	Besvärades av skrämmande mardrömmar och hallucinationer.		
He experienced insecurity, fear and anxiety, a spell of terror, and he felt "drugged". This gave him a sense of being worthless. He was in hell and wanted to die (Löf, Berggren & Ahlström, 2007).	Upplövde sig vara i helvetet och ville dö.	Mitt liv var hotat	
<i>"I felt with all my body that something was wrong and that my life was threatened"</i> (Löf, Berggren & Ahlström, 2007, s.112).	Jag kände att mitt liv var hotat.		