



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

## Patienters påfrestande minnen av intensivvård utifrån ett åldersperspektiv

- En enkätstudie

## Strenuous memories in ICU-patients from an age perspective

- A survey study

Författare: Tobias Nilsson och Sofie Pålsson

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats

Våren 2019

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

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

## Patienters påfrestande minnen av intensivvård utifrån ett åldersperspektiv

- En enkätstudie

## Strenuous memories in ICU-patients from an age perspective

- A survey study

Författare: Tobias Nilsson och Sofie Pålsson

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats

Våren 2019

## Abstrakt

**Bakgrund** På en intensivvårdsavdelning vårdas de mest kritiskt sjuka. Patienterna kan vara både medicinska och kirurgiska, och kan tillhöra olika åldersgrupper. Gemensamt är att de utsätts för stora påfrestningar både fysiskt och psykiskt vilket kan orsaka påfrestande minnen för denna patientgrupp

**Syfte** Syftet var att beskriva eventuella skillnader på vuxna (över 18år) patienters påfrestande minnen från den tid de varit inlagda på intensivvårdsavdelningen i Lund, utifrån ett åldersperspektiv.

**Metod** 331 patienter som varit inlagda på IVA i Lund har fyllt i enkäten ” Påfrestande minnen under tiden på intensivvårdsavdelningen (IVA)”. Studien genomfördes med en kvantitativ ansats. Svaren från enkäterna sammanställdes med deskriptiv och analytisk statistik.

**Resultat** Av de 328 inkluderade deltagarna hade 194 (59,1%) påfrestande minnen. De mest förekommande påfrestande minnena var törst, hallucinationer samt att ej få luft.

Åldersgrupperna delades in i två jämnstora grupper med brytpunkt på 67 år eller yngre och över 67 år för att ha två jämnstora grupper. I den yngre gruppen var det 89 (45,9%) av deltagarna som hade påfrestande minnen och 105 (54,1%) av den äldre gruppen hade påfrestande minnen. Det sågs en statistisk signifikant skillnad mellan åldersgrupperna avseende grad av påfrestning för fyra påfrestande minnen. Den yngre gruppen upplevde törst, oro, smärta samt panik som signifikant mer påfrestande än vad den äldre gruppen gjorde.

**Slutsats** Resultatet ger vårdpersonal information om vad denna patientkategori minns som mest obehagligt och påfrestande. På så sätt kan de jobba mer proaktivt för att ge en optimal personcentrerad omvårdnad till intensivvårdspatienten.

## Nyckelord

Intensivvård, IVA, påfrestande minnen, ålder

# Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| Problemområde .....                     | 5  |
| Bakgrund .....                          | 6  |
| Perspektiv och utgångspunkter .....     | 6  |
| Personcentrerad vård.....               | 6  |
| Upplevelser av intensivvård.....        | 7  |
| Stressorer.....                         | 7  |
| Intensivvårdssjuksköterskans roll ..... | 8  |
| Minnet .....                            | 8  |
| Utveckling.....                         | 9  |
| Åldersperspektiv .....                  | 10 |
| Syfte .....                             | 11 |
| Hypotes .....                           | 11 |
| Metod .....                             | 11 |
| Urval .....                             | 11 |
| Instrument .....                        | 12 |
| Datainsamling .....                     | 13 |
| Analys av data.....                     | 13 |
| Forskningsetiska avvägningar .....      | 13 |
| Resultat.....                           | 14 |
| Internt bortfall .....                  | 14 |
| Demografi över deltagare i studien..... | 14 |
| Påfrestande minnen .....                | 16 |
| Skillnad mellan åldersgrupper .....     | 17 |
| Diskussion .....                        | 20 |
| Metoddiskussion .....                   | 20 |
| Urval .....                             | 20 |
| Instrument.....                         | 20 |
| Analys av data .....                    | 21 |
| Intern och extern validitet.....        | 22 |
| Resultatdiskussion.....                 | 22 |
| Konklusion och implikationer.....       | 25 |
| Referenser.....                         | 26 |
| Bilaga 1 (2).....                       | 31 |
| Bilaga 2 (2).....                       | 32 |

## Problemområde

Varje år vårdas miljontals människor på intensivvårdsavdelningar världen runt (Schnell et al., 2018) och i Sverige uppgick antalet vårdtillfällen till ca 42000 år 2018 (Svenska Intensivvårdsregistret, 2018). Gemensamt är att intensivvården som utförs är avancerad och behandlar patienter med svikt i ett eller flera organ, vilket potentiellt kan leda till obehagliga upplevelser för patienten. Detta kan i sin tur kan leda till påfrestande minnen (Samuelson, Lundberg & Fridlund, 2007).

En intensivvårdsavdelning kan vara en mycket komplex och ansträngande miljö att vistas i både kognitivt och emotionellt (Almerud, Alapack, Fridlund & Ekebergh, 2008). Det kan därför vara mycket stressande och påfrestande att vårdas som patient på en högteknologisk intensivvårdsavdelning. Dessutom kan många av de undersökningar och behandlingar som utförs upplevas som både smärtsamma och obehagliga (Lundberg, 2016). Flera patienter genomgår endotrakeal intubation och erhåller respiratorbehandling under intensivvårdsvistelsen. Många är även sederade, vilket kan leda till både konfusion och minnesstörningar. Vissa patienter kan inte återkalla några minnen överhuvudtaget från sin intensivvårdsvistelse, vilket även det kan vara mycket stressfullt. Sjukhusmiljön i sig kan bidra till oro, ångest, frustration eller hallucinationer. Patienten kan även känna sig osynlig bland alla maskiner och all teknologi (Almerud et al, 2008; Holm & Dreyer, 2017). Därtill kommer patientens grundsjukdom och orsak till intensivvårdsvistelsen, vilket kan skapa mycket rädsla, obehag och vara traumatiserande.

Flera tidigare genomförda studier (Samuelson, Lundberg och Fridlund, 2007; Samuelson, 2011) visar att av de intensivvårdspatienter som mindes sin vårdtid, hade 71 % påfrestande minnen därifrån. Tidigare studier visar även vilka av upplevelserna patienterna upplevde som mest obehagliga under intensivvårdsvistelsen, till exempel törst, att inte kunna prata, vara intuberad samt svårighet att få luft (Hallberg & Östlund, 2014; Kjeldsen et al, 2017; Baumgarten och Poulsen, 2015). Det finns inga studier som direkt studerat patienters påfrestande minnen från intensivvården relaterat till ålder. Kunskap om det föreligger några skillnader i patienters minnen av intensivvårdstiden mellan yngre och äldre patienter är viktig för att kunna ge en personcentrerad intensivvård genom att förebygga och lindra patienternas obehag.

Att förstå patienters upplevelser på intensivvårdsavdelningen skulle kunna öka kvalitén på vården och omvårdnaden (Alasad, Abu Tabar, & Ahmad, 2015).

## Bakgrund

### **Perspektiv och utgångspunkter**

På en intensivvårdsavdelning vårdas de mest kritiskt sjuka. Patienterna kan vara både medicinska och kirurgiska, och kan tillhöra olika åldersgrupper (Guldbrandsen och Stubberud, 2009). Gemensamt är att patienterna befinner sig i en ytterst sårbar situation och därmed kan vara i behov av lindring och komfort. Patienter som genomlevt en allvarlig akut sjukdom har beskrivit det som att de befunnit sig i ett kaotiskt tillstånd (Engström, Nyström, Sundelin och Rattray, 2012).

### **Personcentrerad vård**

Som teoretisk utgångspunkt har författarna valt Personcentrerad vård då vi anser att det passar in i den moderna intensivvården. Personcentrerad vård, enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2016) innebär att varje persons unika perspektiv står i centrum för vården och omvårdnaden, där både fysiska, psykiska, andliga, sociala och existentiella behov ska kunna tillgodoses. Enligt Ekman et al. (2011) har personcentrerad vård visat sig öka samsynen mellan vårdgivare och patient vad gäller behandlingsplaner, förbättrad hälsa, och ökad patientnöjdhet. Intensivvårdssjuksköterskan bör därför, enligt Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård (2012), kunna identifiera varje patients individuella omvårdnadsbehov eftersom det även är viktigt att kunna bekräfta och respektera patientens upplevelse. Dessutom ska intensivvårdssjuksköterskan kunna skapa en vårdmiljö som främjar patientens och närståendes välbefinnande.

## **Upplevelser av intensivvård**

En patient på intensivvårdsavdelningen utsätts för stora påfrestningar, både fysiskt och psykiskt. Hur patienten upplever påfrestningarna är individuellt och beror på olika faktorer som ålder, kön och livserfarenhet (Guldbrandsen och Stubberud, 2009). Upplevelserna kan också skifta från dag till dag, från timme till timme, och kan pendla mellan flera olika känslor. För en del patienter kan det kännas tryggt och befriande att helt överlämna sig i vårdpersonalens händer, medan för andra patienter kan det kännas som ett hot eller integritetskränkande med vårdpersonalens omvårdnad. Patienten kan uppleva stora påfrestningar när både den fysiska och psykiska existensen vänds upp och ned, samtidigt som den sociala identiteten och tryggheten rubbas. Detta kan enligt Guldbrandsen och Stubberud (2009) och Gultekin, Özcelik, Akinci och Yorganci (2018) leda till en kris, och patienten kan då uppleva smärta, oro, ångest, otrygghet och ovisshet, vilket i sin tur kan leda till stress.

En traumatisk händelse, som att vårdas på intensivvårdsavdelning, kan enligt Michel (2018) leda till ångest på grund av minnesbilder som skapats av olika synintryck, störande ljud och obehagliga lukter. Detta i sin tur kan leda till att patienten uppfattar situationen som livshotande och därmed får en akut stressreaktion (ASR). Om symtomen på stressreaktionen varar mer än en månad kan diagnosen posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) ställas.

## **Stressorer**

Enligt Guldbrandsen och Stubberud (2009) kan intensivvårdspatienten drabbas av fysiologiska och psykologiska stressreaktioner, där bakomliggande faktorer som skapar stressreaktionerna är subjektiva beroende på upplevelse och tolkning. Dessa bakomliggande stressfaktorer kallas stressorer. Reaktionerna på stressfaktorerna kan delas in i positiv och negativ stress. Positiv stress kan vara nödvändig för tillväxt och utveckling, medan negativ stress belastar och tär. En patient som vårdas på intensivvårdsavdelningen och som upplever situationen som obehaglig, utsätts för negativ stress. En kritiskt sjuk patient har varierande och begränsade möjligheter att hantera sin stressituation, beroende på tillstånd och medvetandegrad.

Enligt Topçu, Ecevit, Alpar, Gülseven och Kebapçı (2017) har flertalet tidigare gjorda studier visat att patienter tenderar att utvärdera sin intensivvårdsvistelse som en negativ upplevelse på grund av att de upplevt många fysiska svårigheter, som smärta, obehag och sömnlöshet under

tiden de vistades på intensivvårdsavdelningen. Upplevelser som skapar påfrestande minnen skulle kunna inkludera obehagliga procedurer, undersökningar och behandlingar. Även att vara beroende av teknisk utrustning och vårdpersonal kan skapa obehag och otrygghet.

Patienten kan även uppleva en avhumanisering och minskad integritet om det inte ges möjlighet att påverka beslut och kommunikationen kanske uteblir. Detta kan leda till en känsla av alienation och isolering enligt Guldbrandsen och Stubberud (2009).

### **Intensivvårdssjuksköterskans roll**

Intensivvårdssjuksköterskan arbetar hela tiden nära patienten och dennes närvaro kan skapa trygghet hos patienten (Fröjd, Larsson & Wallin, 2016). Då patienten har begränsade möjligheter och ibland sänkt medvetandegrad kan intensivvårdssjuksköterskan hjälpa intensivvårdspatienten genom att lindra och förebygga obehagliga upplevelser och minnen. Bara genom att vara närvarande vid patientens sida, och genom att vara tillgänglig, kan trygghet inges. Med kunskap om patientens tidigare upplevelser och psykiska tillstånd kan ångest förebyggas och dämpas. Enligt Samuelson, Lundberg och Fridlund (2007) kan psykologisk stress vara mycket störande och markant hämma både fysisk och psykisk återhämtning. Intensivvårdssjuksköterskan kan även förhindra isolering och alienation genom att informera patienten och göra patienten delaktig i beslut angående vården, genom att stärka kommunikationen och informera patienten om vad som ska ske. Detta kan även hjälpa patienten att återfå kontrollen över situationen, vilket kan leda till mindre otrygghet och orosladdad ångest. Intensivvårdssjuksköterskan kan även inge hopp och framtidstro till intensivvårdspatienten genom god kommunikation och gott bemötande (Guldbrandsen & Stubberud, 2009). Wu, Cho, Chow, Tsang och Tse (2018) rapporterade posttraumatiskt stressyndrom, oro och ångest hos 10-17% av patienterna som vårdats på intensivvårdsavdelningen. Detta relaterades till bland annat sämre minnen, mer levande minnen, eller förvirrade minnen från intensivvårdsvistelsen.

### **Minnet**

Enligt Nationalencyklopedin (2019) är minnet förmågan att komma ihåg det man lärt sig och att kunna ta fram det vid behov. Själva minnesprocessen består enligt Nilsson (1976) och Ernst Bravell (2013) först av inkodning och lagring av information och därefter framlockning av informationen ur minnet vid ett annat tillfälle. Dessa är tre separata men



relaterade processer (encoding, storage, retrieval). Inkodningen är enligt Nilsson (1976) den första processen och innebär omvandling av informationen. När informationen är inkodad lagras den permanent eller temporärt. Framlockningen är den sista processen, som enligt Nilsson (1976) är ett aktiv återkallande (eller direkt översatt från engelska återvinning) av informationen ur minnet. Dessa processer är svåra att separera, då exempelvis för att kunna plocka fram information ur minnet måste inkodning och lagring ha ägt rum tidigare. Dock skulle även en fjärde term kunna tilläggas; seriepositionskurvan, vilken kortfattat innebär att minnesprestationen är högst i slutet av händelsen som sker, då kortast tid förflutit (Nilsson, 1976). Ernsth Bravell (2013) menar att äldre har svårare att lära nya saker, vilket kan bero på att äldre har sämre inkodningsmekanismer än yngre. Under inlagringsprocessen skulle minnena kunna blandas ihop och flyta samman, vilket leder till att personer som varit med om samma händelse har olika uppfattning om vad som hänt. Minnen kan även tyna bort, om de ej används regelbundet. Hjärnskada på hippocampus eller närliggande områden försvårar också minnesprestationen, där det finns samband mellan försämrat minne och reducerad hjärnvolym, som ofta beror på att nervceller har dött eller tynat bort. Äldre personer kan ha förlorat upp till 20 % av nervcellerna i hippocampus (Ernsth Bravell, 2013).

Enligt van de Leur et al. (2004) kan patienters påfrestande minnen från intensivvården vara påverkade av både sedering och svår sjukdom. Även endotrakealtuben, hallucinationer, och medicinska åtgärder rapporterades som orsaker till påfrestande minnen. Patienter som mindes mer löpte större risk för att ha påfrestande minnen. Samuelson, Lundberg och Fridlund (2006) hittade i sin studie att det finns en korrelation mellan sederingsdjup och minnen, de patienter som var djupare sederade hade färre eller inga minnen från intensivvården. Enligt Svenningsen (2013) är en intensivvårdsbehandling med låg sedering något som skall satsas på i den mån det går. Att försöka använda kortverkande sömnmedel och analgetika som snabbt kan gå ur kroppen underlättar för intensivvårdspatientens återhämtning i form av lägre risk för delirium samt lättare att återkalla minnen från vistelsen vilket gör traumat lättare att bearbeta.

## **Utveckling**

Enligt Homburger Erikson (2003) finns det åtta olika utvecklingsfaser. Fas sju handlar om medelåldern, den största delen av det vuxna livet. Där menar Homburger Erikson (2003) att fokus främst hamnar på nästkommande generation och att göra så bra som möjligt för denna i form av omsorg och lärande. Det finns en risk att du som individ mår dåligt om du fastnar i en

tidigare fas som bara handlar om dig själv. Fas åtta beskrivs som den sista delen av livet där integritet är det viktigaste och möjligheten att blicka tillbaka på ett gott liv. Lyckas inte detta kan individen hamna i förtvivlan och desperation (a.a.). Dessa två sista stegen kan många gånger bli helt rubbade av en intensivvårdsvistelse där patienten är helt utlämnad till andra människor i form av vårdpersonal, vilket i många fall kan leda till en stor identitetskris, både under vårdtiden samt i efterförloppet.

### **Åldersperspektiv**

Enligt Statistiska centralbyrån (SCB) (2018) är 19,9% av Sveriges befolkning 65år eller äldre, detta är en ökning med 2,2% sedan 1992 då det var 17,7%. SCB (2018) beräknar att dessa siffror kommer öka avsevärt de kommande tio åren. Enligt Svenska intensivvårdsregistret (2017) är den största andelen av patienterna som vårdas på intensivvårdsavdelningar i Sverige över 60 år. Detta kommer medföra flera patienter samt högre belastning på intensivvården de kommande åren.

Eftersom vitala funktioner avtar med stigande ålder, vilket gör det svårare att stå emot stora skador och trauman, skulle patienter över 60 år kunna uppleva mer obehag under sin intensivvårdsvistelse (Lundberg, 2016) och därmed även ha fler påfrestande minnen. Tidigare studier har påvisat en relation mellan minnen, sjukdomsgrad och vårdtid, men sambandet mellan påfrestande minnen och ålder är oklar. Samuelson, Lundberg och Fridlund (2006) menar att patienter som legat i respirator på intensivvårdsavdelning och som ej hade några minnen därifrån var betydligt äldre och sjukare än de som hade minnen från sin vistelse på intensivvårdsavdelningen. Patienterna i studien som upplevde förvirrande minnesbilder från sin intensivvårdsvistelse hade även längre vårdtid och var mer allvarligt sjuka än de patienter som ej hade förvirrade minnesbilder. Enligt studien av Granja et al. (2005) som genomfördes i Portugal resulterar ofta högre ålder i längre intensivvårdsvistelse och dessa patienter genomgick akuta operationer mer frekvent, vilket även kan orsaka flera påfrestande minnen.

Dock, när äldre tillfrågas om välbefinnande i studier rapporterar de mer positiva känslor och mindre negativa känslor än vad yngre gör. Detta kan bero på att äldre är mer emotionellt stabila, har högre medvetenhet att de har kortare tid kvar att leva, och därmed investerar sina tankar i det positiva. (Ernst Bravell, 2013).

## Syfte

Syftet var att utifrån ett åldersperspektiv beskriva eventuella skillnader på vuxna (över 18år) patienters påfrestande minnen från den tid de varit inlagda på intensivvårdsavdelningen i Lund,

## Hypotes

Yngre patienter upplever sina minnen som mer påfrestande än vad äldre gör.

## Metod

Studien har genomförts med en kvantitativ ansats. Enligt Eliasson (2018) är detta det bästa tillvägagångssättet vid en enkätstudie där det går att sätta siffror på variablerna på ordinalskalenivå. Enkäter om påfrestande minnen hos intensivvårdspatienter har samlats in av sjuksköterskor på en uppföljningsmottagning. Datan kommer analyseras genom deskriptiv och jämförande statistik. Studien är en del av ett kvalitetssäkringsarbete på intensivvårdsavdelningen i Lund.

## Urval

Urvalet består av vuxna intensivvårdspatienter över 18 år som mellan åren 2015 till 2018 varit inlagda 48 timmar eller mer, och deltagit i ett uppföljande samtal med sjuksköterska ungefär två till sex månader efter utskrivning från intensivvårdsavdelningen. Patienterna har varit kognitivt intakta vid samtalet och har fyllt i enkäten vid samtalet. Alla patienter har lämnat samtycke till att delta i studien.

Det finns ett stort externt bortfall från deltagande i uppföljningen i form av patienter som avlidit, patienter som inte ville delta samt de som har allt för stora fysiska och kognitiva hinder efter utskrivning. Antalet ifyllda enkäter var 331, med ett internt bortfall på tre styck på grund av att de var under 18 år. Externt bortfall är de enkäter som det varit dubletter på.

För att göra ett urval ur ett åldersperspektiv har enkäterna analyserats och därefter har

deltagarna delats in i två olika åldersgrupper, med så lika antal deltagare som möjligt i varje grupp. Författarna har valt grupperna 67år eller yngre och över 67år efter medianåldern.

## **Instrument**

Data utgörs av tidigare intensivvårdspatienters svar på enkäten "Påfrestande minnen under tiden på intensivvårdsavdelningen (IVA)" som har insamlats med hjälp av uppföljningsteamet på intensivvårdsavdelningen i Lund, mellan 2015- 2018. På engelska heter enkäten "Stressful Memories Assessment Checklist (SMAC-ICU) version 160115" (Bilaga 1) vilken är testad och validerad Samuelson (2011) för just detta ändamål. Författarna har fokuserat på de kvantitativa delarna av enkäten om påfrestande minnen. Svarsalternativen på de 15 enkätfrågorna är graderade; Minns ej, Lite, Måttligt, Mycket, Extremt.

De påfrestande minnen som inkluderas är:

- Svårt att få luft.
- Ej kunna prata.
- Andningstub i halsen.
- Mask för ansiktet.
- Sugning i mun eller tub.
- Smärta.
- Törst/muntorrhet.
- Oro, rädsla och hjälplöshet.
- Panik.
- Störande ljud eller prat.
- Störd sömn eller vila.
- Obehagliga aktiviteter eller undersökningar.
- Dåligt bemötande eller omhändertagande av personal.
- Påfrestande överkliga minnen, mardrömmar eller hallucinationer.
- Överväldigad av hela situationen.

## **Datainsamling**

Enkäterna tillhandahölls av docent Karin Samuelson (studiens handledare) och innehåller inga personuppgifter, men har ett kodnummer registrerat längst upp. Med hjälp av detta kodnummer har enkäterna kompletterats med information från ett lokalt register (POST-IVA) för att ta reda på patienternas ålder och kön samt att få reda på exakt mellan vilka datum som just dessa enkäter fyllts i. För att skydda personuppgifterna hos deltagarna har enkäterna lämnats tillbaka direkt till handledare efter användning. Fil i IBM SPSS® kommer att raderas efter användning.

## **Analys av data**

Kvantitativ analys av insamlade data har skett i programmet IBM SPSS® version 25. I enkäten finns det fyra grader av påfrestningar i stigande skala (Lite, Måttligt, Mycket och Extremt). Dessa variabler har därefter kodats om till en ordinalskala där 0 anger ”minns ej”, 1 anger ”lite”, 2 anger ”måttligt”, 3 anger ”mycket och 4 anger ”extremt”. Datan presenterades med deskriptiv statistik med centralmått och spridningsmått som medianvärden och kvartiler. För att analysera ordinaldatan har Mann-Whitney U-test använts. Hypotesprövning av de 15 frågorna i enkäten har gjorts utifrån noll hypotesen; att inga skillnader finns i grad av påfrestning mellan yngre och äldre. En signifikansnivå på 0.05 användes.

Medianålder har använts för att dela in deltagarna i två ungefär lika stora grupper; 67år eller yngre respektive äldre än 67 år.

## **Forskningsetiska avvägningar**

Enligt World Medical Association (2018) står det skrivet i Helsingforsdeklarationen att vårdpersonal som genomför en studie alltid skall ta i beaktning deltagarnas hälsa, autonomi, integritet samt rätt till sekretess. Samtycke från alla patienter som deltar har erhållits av de sjuksköterskor som sköter uppföljningarna på Intensivvårdsavdelningen i Lund. Likaså skickades en förfrågan om tillstånd för denna studie till berörd verksamhetschef för godkännande.

Alla enkäter som använts har varit kodade och kan omöjligt avkodas utan tillträde till de system som sjuksköterskorna som sköter uppföljningen har tillträde till. Detta har gjort att

inga obehöriga har kunnat ta del av personuppgifter. Uppgifter om ålder har insamlats tillsammans med handledare Karin Samuelson. När enkäterna ej används har de varit förvarade inlåsta så att inga obehöriga kunnat komma åt dem.

## Resultat

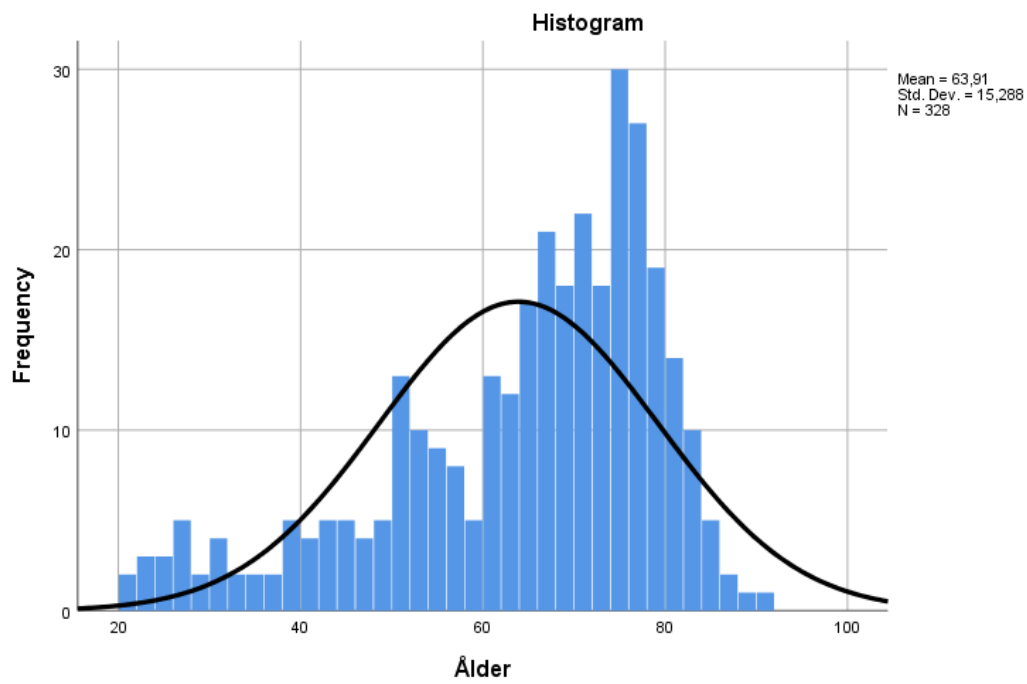
### **Internt bortfall**

Av de 331 komplett ifyllda enkäterna exkluderades tre enkäter då dessa deltagare var under 18 år, vilket inte ingick i författarnas inklusionskriterier. Sammanlagt analyserades 328 enkäter. I fyra av enkäterna har deltagarna fyllt i att de har minnen från intensivvården med inga påfrestande minnen. Dessa ändrades till ”minns ej” då de ej hade några påfrestande minnen.

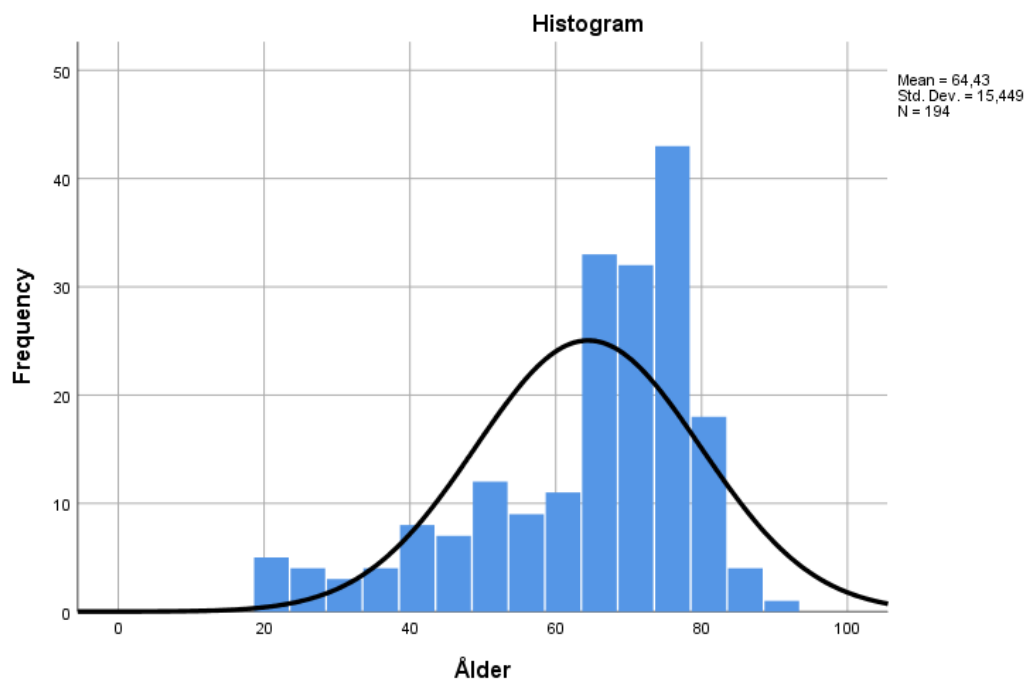
### **Demografi över deltagare i studien**

För hela gruppen med 328 deltagare var medianåldern 68 (55-75) år varav män var 225 (68,6% och kvinnor 103 (31,4%). Åldersspannet på de 328 deltagarna var mellan 21-91år. Av de 328 inkluderade deltagarna hade 194 (59,1%) påfrestande minnen, av dessa var 119 (61,3%) män och 75 (38,7%) kvinnor. Medianåldern för de som hade påfrestande minnen från tiden på IVA i Lund var 69 (57-76) år. Se Bilaga 2 för flödesschema över deltagarna.

### Frekvenstabell över ålder på samtliga deltagare



### Frekvenstabell över ålder på de deltagare som uppgett att de haft påfrestande minnen.



## Påfrestande minnen

Av de 194 deltagare som hade minnen från vårdtiden på IVA var de mest förekommande påfrestande minnena ”Törst” (n=114), ”Hallucinationer” (n=100) samt ”Ej få luft” (n=85). De minst förekommande minnena var ”Obehagliga aktiviteter” (n=39), ”Störande ljud eller prat” (n=38) samt ”Dåligt bemötande” (n=14). Samtliga påfrestande minnen som efterfrågats i enkäten presenteras i Tabell 1 där antal deltagare som svarat samt procentsatsen redovisas.

Tabell 1. Intensivvårdspatientens självskattning av påfrestande minnen

|                 | Minns ej<br>(%) | Lite<br>(%) | Måttligt<br>(%) | Mycket<br>(%) | Extremt<br>(%) | Totalt<br>med<br>minnen |
|-----------------|-----------------|-------------|-----------------|---------------|----------------|-------------------------|
| Törst           | 80 (41,2)       | 16 (8,2)    | 22 (11,3)       | 33 (17)       | 43 (22,2)      | 114                     |
| Hallucinationer | 94 (48,5)       | 20 (10,3)   | 22 (11,3)       | 21 (10,8)     | 37 (19,1)      | 100                     |
| Ej få luft      | 109 (56,2)      | 11 (5,7)    | 16 (8,2)        | 27 (13,9)     | 31 (16)        | 85                      |
| Ej kunna prata  | 114 (58,8)      | 16 (8,2)    | 16 (8,2)        | 30 (15,5)     | 18 (9,3)       | 80                      |
| Oro             | 117 (60,3)      | 17 (8,8)    | 15 (7,7)        | 20 (10,3)     | 25 (12,9)      | 77                      |
| Smärta          | 121 (62,4)      | 15 (7,7)    | 15 (7,7)        | 31 (16)       | 12 (6,2)       | 73                      |
| Mask            | 130 (67)        | 17 (8,8)    | 14 (7,2)        | 19 (9,8)      | 14 (7,2)       | 64                      |
| Tub             | 134 (69,1)      | 15 (7,7)    | 12 (6,2)        | 16 (8,2)      | 17 (8,8)       | 50                      |
| Panik           | 140 (72,2)      | 6 (3,1)     | 8 (4,1)         | 9 (4,6)       | 31 (16)        | 54                      |
| Överväldigad    | 140 (72,2)      | 9 (4,6)     | 11 (5,7)        | 22 (11,3)     | 12 (6,2)       | 54                      |
| Vila            | 146 (75,3)      | 18 (9,3)    | 11 (5,7)        | 8 (4,1)       | 11 (5,7)       | 48                      |
| Sugning         | 155 (79,9)      | 16 (8,2)    | 11 (5,7)        | 5 (2,6)       | 7 (3,6)        | 39                      |
| Aktiviteter     | 155 (79,9)      | 13 (6,7)    | 9 (4,6)         | 12 (6,2)      | 5 (2,6)        | 39                      |
| Ljud            | 156 (80,4)      | 19 (9,8)    | 12 (6,2)        | 6 (3,1)       | 1 (0,5)        | 38                      |
| Bemötande       | 180 (92,8)      | 7 (3,6)     | 3 (1,5)         | 1 (0,5)       | 3 (1,5)        | 14                      |

*Inom parates presenteras procent.*



## Skillnad mellan åldersgrupper

Tabell 2 beskriver hur många av deltagarna som hade påfrestande minnen från tiden på IVA. Åldersgrupperna valdes att delas in i två jämnstora grupper med brytpunkt på 67 år eller yngre och över 67 år för att ha två jämna grupper. I den yngre gruppen var det 89 (45,9%) av deltagarna som hade påfrestande minnen och 105 (54,1%) av den äldre gruppen hade påfrestande minnen. Det fanns ingen statistisk signifikant skillnad mellan den yngre och äldre patientgruppen avseende om de hade påfrestande minnen från intensivvårdsvistelsen eller ej.

Tabell 2. Andelen intensivvårdspatienter som har påfrestande minnen utifrån ålder

|          | 67år el yngre | Över 67år   | Total       | P-värde |
|----------|---------------|-------------|-------------|---------|
| Minns ej | 72 (53,7%)    | 62 (46,3%)  | 134 (40,9%) |         |
| Minns    | 89 (45,9%)    | 105 (54,1%) | 194 (59,1%) | 0.178   |
| Total    | 161           | 167         |             |         |

Det sågs en statistisk signifikant skillnad mellan åldersgrupperna avseende grad av påfrestning för fyra påfrestande minnen. Den yngre gruppen upplevde törst, oro, smärta samt panik som signifikant mer påfrestande än vad den äldre gruppen gjorde. Tabell 3 beskriver medianen för grad av självskattning av påfrestande minnen för de två åldersgrupperna samt signifikans i form av p-värde.

Tabell 3. Prövning av hypotes. Graden av påfrestning (Median 0-4)

|                 | 67år el yngre<br>(Md) | Över 67år<br>(Md) | P-värde      |
|-----------------|-----------------------|-------------------|--------------|
| Törst           | 3 (0-4)               | 1 (0-3)           | <b>0,002</b> |
| Hallucinationer | 1 (0-3)               | 0 (0-3)           | 0,443        |
| Ej få luft      | 0 (0-3)               | 0 (0-3)           | 0,229        |
| Ej kunna prata  | 0 (0-3)               | 0 (0-2)           | 0,438        |
| Oro             | 1 (0-3)               | 0 (0-1)           | <b>0,004</b> |
| Smärta          | 0 (0-3)               | 0 (0-1)           | <b>0,008</b> |
| Mask            | 0 (0-1,5)             | 0 (0-1)           | 0,679        |
| Tub             | 0 (0-1,5)             | 0 (0-1)           | 0,267        |
| Panik           | 0 (0-3)               | 0 (0-0)           | <b>0,009</b> |
| Överväldigad    | 0 (0-2,5)             | 0 (0-0)           | 0,051        |
| Vila            | 0 (0-1)               | 0 (0-0)           | 0,073        |
| Sugning         | 0 (0-0)               | 0 (0-0)           | 0,208        |
| Aktiviteter     | 0 (0-1)               | 0 (0-0)           | 0,051        |
| Ljud            | 0 (0-0)               | 0 (0-0)           | 0,339        |
| Bemötande       | 0 (0-0)               | 0 (0-0)           | 0,162        |

*Md= median. Inom parantes presenteras första och tredje kvartil.*

*0=Minns ej, 1=Lite, 2=Måttligt, 3=Mycket, 4=Extremt.*

Tabell 4 beskriver de deltagare som hade mycket och extremt påfrestande minnen, dessa slogs samman till en variabel för att schematiskt få en överblick på antalet som upplevde en högre grad av påfrestning.

Tabell 4. De minnen som intensivvårdspatienten upplevde som mycket eller extremt påfrestande

|                 | 67år el yngre<br>(%) | Över 67år<br>(%) | Totalt |
|-----------------|----------------------|------------------|--------|
| Törst           | 47 (61,8%)           | 29 (38,2%)       | 76     |
| Hallucinationer | 30 (51,7%)           | 28 (48,3%)       | 58     |
| Ej få luft      | 31 (53,4%)           | 27 (46,6%)       | 58     |
| Ej kunna prata  | 25 (52,1%)           | 23 (47,9%)       | 48     |
| Oro             | 29 (64,4%)           | 16 (35,6%)       | 45     |
| Smärta          | 28 (65,1%)           | 15 (34,9%)       | 43     |
| Mask            | 16 (48,5%)           | 17 (51,5%)       | 33     |
| Tub             | 18 (54,5%)           | 15 (45,5%)       | 33     |
| Panik           | 24 (60%)             | 16 (40%)         | 40     |
| Överväldigad    | 22 (64,7%)           | 12 (35,3%)       | 34     |
| Vila            | 13 (68,4%)           | 6 (31,6%)        | 19     |
| Sugning         | 8 (66,7%)            | 4 (33,3%)        | 12     |
| Aktiviteter     | 12 (70,6%)           | 5 (29,4%)        | 17     |
| Ljud            | 6 (85,7%)            | 1 (14,3)         | 7      |
| Bemötande       | 2 (50%)              | 2 (50%)          | 4      |

Sammanfattningsvis går det att se skillnader mellan åldersgrupperna i avseende statistisk signifikant skillnad för törst, oro, smärta samt panik som den yngre gruppen upplevde som mer påfrestande än vad den äldre gruppen gjorde.

# Diskussion

## **Metoddiskussion**

Data till denna studie samlades in retrospektivt via enkäter och analyserades med kvantitativ metod vilket Eliasson (2018) anser som det mest adekvata på grund av det stora antalet deltagare. Författarna önskade att ha en så stor population som möjligt för att på så sätt kunna få ett resultat som går att generalisera. Deltagarna delades in i två grupper enligt ålder, dessa delades enligt medianåldern för hela populationen.

### *Urval*

För urvalet i denna studie är det en svaghet i det bortfall som redan existerade innan enkäterna genomförts. Då uppföljningssamtalet intensivvårds patienterna blir kallade till är frivilligt är det många som försvinner för att de ej vill eller orkar att delta. Sedan är det många patienter som faller bort på grund av kognitiva bekymmer, fysiska hinder, att de fortfarande är inlagda på sjukhus alternativt vårdboende samt de som har avlidit. En styrka för studien är att den har haft ett lågt internt bortfall i form av tre som var under 18 år. Populationen är ej normalfördelad vad gäller åldern, därför har medianåldern använts istället för medelålder. Då en större del av de äldre patienterna än de yngre avlider under sin intensivvård eller i efterförloppet är förmodligen den stora gruppen ej helt representativ när det handlar om patienter över 80 år. Minnena ”jobbiga aktiviteter” samt ”känsla av att vara överväldigad” var ej signifikanta men de hade båda ett p-värde på 0,051, med större population hade dessa med stor sannolikhet också varit statistiskt signifikanta.

### *Instrument*

En fördel med att använda enkät som instrument är att författarna har fått ta del av ett större urval och på så sätt lättare kunna jämföra resultatet mellan två olika grupper samt att ha möjlighet att få fram statistisk signifikans. En nackdel med att använda just denna enkät är att författarna själva inte har samlat in data, utan att detta har gjorts via uppföljningsmottagnigen. Därför har författarna ej en full inblick i hur själva informationen kring enkäten framförs.

Denna enkät anses ha hög validitet då den har blivit testad och förbättrad under en längre tid samt använts till andra liknande studier (Samuelson, Lundberg och Fridlund, 2007;

Samuelsson, 2011). Enligt Henriksson (2013) är det mycket fördelaktigt att använda en enkät som redan är testad i andra studier för att fastställa en hög validitet. På så sätt är risken för felaktigt ifyllda enkäter så låg som möjligt i det avseendet. Processen att konstruera och validera en egen enkät är lång och mycket arbetskrävande, därför har det aldrig varit aktuellt under processen att skapa en egen enkät. Tidigare studier (Samuelson, Lundberg och Fridlund, 2007; Samuelsson, 2011) utger basen för valideringen av enkäten, likaså har det skrivits ett par magisteruppsatser på specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård men hjälp av samma enkät. Enkäten har under åren utvecklats för att passa bättre för ändamålet som uppföljningsmottagningen på IVA har samt för att den skall vara så enkel som möjligt för patienter att besvara.

Datansamlingen anser författarna vara en styrka då det är samma sjuksköterskor som presenterar enkäten samt instruerar patienterna i hur den skall fyllas i. Dock kan det även ha påverkat resultatet då vissa deltagare kanske inte vågat fylla i att de till exempel har blivit dåligt bemötta (vilket kan stödjas av att det är de minst frekventa påfrestande minnet).

Andra faktorer som kan ha påverkat deltagarna i hur de fyllt i enkäterna samt förekomsten av minnen är användandet av IVA-dagboken (som vårdpersonal och anhöriga skriver i) samt att anhöriga många gånger varit med vid uppföljningssamtalet och eventuellt hjälpt sina närstående att komma ihåg.

Ett problem med enkäten som författarna uppmärksammat var att många exemplar av de enkäter som skickats ut till patienterna som har varit av dålig kvalitet. De har varit kopior av kopior vilket resulterat i att vissa har varit mycket svårlästa vilket kan ha givit felaktiga svar.

### *Analys av data*

Risk för felkällor i studien kan uppkomma på grund av den mänskliga faktorn vid överföring av informationen från enkäterna till IBM SPSS ® 25. Stickprov togs kontinuerligt vid inläggandet av informationen, totalt åtta. Sedan har författarna med hjälp av IBM SPSS ® 25 rangordnat alla kodnummer för att identifiera eventuella dubletter vilka har raderats från materialet innan analys. Detta ökar validiteten av studien enligt Henriksson (2012).

Mann-Whitney U test har använts för att analysera insamlade data. Enligt Eliasson (2018) är det de mest lämpliga för små populationer men ej normalfördelade grupper. Risken för masssignifikans är lägre vid de 15 Mann-Whitney U test som genomförts än om författarna hade valt att hypotespröva variablerna ”Mycket” och ”Extremt” från Tabell fyra med ett Chi-två test som är ett statistiskt svagare testinstrument. Median användes för att dela grupperna då det är enligt Eliasson (2018) är mer lämpligt för icke normalfördelade grupper.

### *Intern och extern validitet*

Författarna anser att denna studie har en låg intern validitet på grund av att det som mäts i studien subjektiva minnen vilka kan ändras över tid. Dessa minnen kan ändras över tid och därför är det svårt att få fram exakt vad intensivvårdspatienten upplever som påfrestande. Urvalet kunde ha varit bättre om studien hade utökats till fler år vilket hade resulterat i fler enkäter att analysera och på så sätt en större möjlighet till högre statistisk signifikans. Den externa validiteten anser författarna vara hög då samma studie hade kunnat genomföras på en allmän-IVA i en annan del av Sverige. Resultatet går till viss del att generalisera på intensivvårdspatienten i Sverige då många behandlingsstrategier är samma som i Lund.

### **Resultatdiskussion**

Resultatet i denna studie påvisar att majoriteten (59,1%) av patienterna som vårdats på intensivvårdsavdelningen har påfrestande minnen därifrån, vilket överensstämmer med tidigare studier (Samuelson, 2011; Hallberg & Östlund, 2014; Kjeldsen et al., 2017). Detta överensstämmer även med Baumgarten och Poulsen (2014) som menar att patienter som blivit mekaniskt ventilerade under sin intensivvårdsvistelse upplever det som en obehaglig upplevelse med sårbarhet, oro, rädsla. Enligt Samuelson (2011) är det vanligt förekommande att intensivvårdspatienter fått påfrestande minnen från tiden på intensivvårdsavdelningen när det gäller att inte kunna få luft, att inte kunna prata, törst, panik och hallucinationer. I denna studie visar resultatet att törst är det vanligaste förekommande påfrestande minnet. Detta stämmer överens med många andra studier (Hallberg & Östlund, 2014; Baumgarten och Poulsen, 2015; Kjeldsen et al, 2017). Resultatet visar dock att det saknas evidens för författarnas hypotes att yngre patienter skulle ha högre grad av påfrestande minnen från intensivvårdstiden än äldre, men resultatet visar att de yngre patienter upplevde en högre grad av påfrestande minnen när det gällde törst, oro, smärta samt panik.

Syftet med studien var att undersöka och beskriva intensivvårdspatienters påfrestande minnen utifrån ett åldersperspektiv. Materialet bestod av en enkät som intensivvårdspatienter svarade på ungefär två till sex månader efter utskrivning. Enligt Ernsth Bravell (2013) skulle minnen kunna flyta samman och blandas ihop under inlagringsprocessen, vilket i slutändan skulle kunna ge patienten annorlunda uppfattning om vad som hänt. Detta menar författarna skulle kunna leda till hur påfrestande upplevelsen från intensivvårdstiden som patienten mindes det skulle kunna förändras. Det skulle också kunna vara så att patienten pratat med andra människor om intensivvårdsvistelsen och kanske då ändrat uppfattning om vad som hänt eller hur det varit. Enligt Capuzzo et al. (2001) skulle på liknande sätt tiden patienten varit inlagd kunna spela roll, där längre vårdtid skulle kunna ge fler minnen totalt och därmed även fler påfrestande minnen. Om patienten upplevt stress, oro eller ångest under intensivvårdstiden skulle även detta kunna leda till sämre eller förvirrade minnen, enligt Wu et al. (2018), vilket skulle kunna vara fallet i en del av enkäterna där författarna upptäckt att patienterna fyllt i att de ej hade några minnen av intensivvårdsvistelsen. Detta kan dock tolkas både som att patienterna ej mindes något överhuvudtaget, eller att patienterna ej hade några minnen som stämde överens med de kategorier som fanns på enkäten. Flertalet patienter hade även vårdats på annan vårdavdelning och/ eller drabbats av hallucinationer under sin sjukhusvistelse. Detta kan vara bidragande orsaker till att patienterna ej mindes om de påfrestande minnena var från intensivvårdsvistelsen eller från annan avdelning, vilket i så fall även det skulle ha kunnat påverkat resultatet.

Författarna hade den förutfattade meningen (baserat på tidigare arbetsfarenheter från olika vårdavdelningar) att yngre patienter skulle uppleva sina minnen från intensivvårdstiden som mer påfrestande än äldre. Detta gick att påvisa i studien till viss del. Författarna tror att resultatet hade varit mer generaliserbart om det hade funnits större testgrupper. Lundberg (2016) menar att det kan bero på att eftersom vitala funktioner avtar med stigande ålder blir det svårare för äldre att stå emot stora skador, vilket skulle kunna leda till att flertalet av dessa patienter avlidit eller ej kunde delta i enkätstudien på grund av andra bortfalls-kriterier. Om dessa patienter hade inkluderats kunde det eventuellt ha påverkat resultatet. Därmed är resultatet i studien baserat på de patienter som ej faller inom ramen för exklusionskriterierna, och dessa patienter är kanske friskare än den genomsnittlige intensivvårdspatienten.

Resultatet i denna studie visar att yngre patienter upplever vissa av sina minnen från intensivvårdstiden, som törst och smärta mer påfrestande jämfört med äldre. Författarna

ställer sig frågan om det kan vara så att yngre patienter har lägre toleransnivå för påfrestningar jämfört med äldre. Äldre patienter har enligt Ernst Bravell (2013) kortare tid kvar att leva och investerar kanske då sina tankar mer åt det positiva. Det skulle även kunna vara så att de yngre patienterna har ett annat livsperspektiv då de tillhör en annan generation än de äldre. Kanske återspeglas denna attityd även i enkäterna, där det på så vis ej skulle ses som fel eller skamligt att medge påfrestande minnen från intensivvårdsvistelsen.

Enligt Nelderup, Simonsson och Samuelson (2018) är intensivvårdsvistelsen en traumatisk upplevelse, som det kan ta lång tid att återhämta sig från. Oro, ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) påverkar återhämtningen och kan pågå i flera år efter utskrivningen. Detta skulle kunna påverka hur patienterna besvarat enkäten, särskilt då minnesförlust också kan inträffa som en följd av bland annat sjukdomstillståndet och läkemedel. Jones et al. (2010) menar att resultatet från deras studie visar att om patienten under konvalescensen får ta del av sin dagbok minskar risken för PTSD, samt att om anhöriga får ta del av dagboken så minskar även deras risk för att utveckla PTSD (Jones, Bäckman & Griffiths, 2012). Detta kan betyda att dagboken är ett sätt för patienten och anhöriga att bearbeta det som hänt, och bearbetningen kan hjälpa till att sortera de påfrestande minnena.

Dagboken visar att det ur ett vårdetiskt synsätt är ytterst relevant med bearbetning för att minska risken för stress, oro och ångest. Det är också tydligt att flertalet patienter lider både under sin intensivvårdsvistelse samt har påfrestande minnen efter utskrivningen (Samuelson, 2011; Hallberg & Östlund, 2014; Kjeldsen et al., 2017; Baumgarten & Poulsen, 2014), vilket gör att uppföljning är ytterst relevant för att hjälpa patienten, och även anhöriga, att ta sig igenom lidandet och bearbeta påfrestande minnen. Det är ytterst relevant att använda personcentrerad vård (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016) som utgångspunkt, vilket innebär att varje unika persons behov bör stå i centrum för både vård och omvårdnad.

Ur ett samhällsperspektiv är denna studie ytterst relevant då tusentals patienter vårdas varje år på intensivvårdsavdelningar i Sverige (Svenska Intensivvårdsregistret, 2018) och patienterna utsätts för både fysiska och psykiska påfrestningar, vilka kan uppfattas ytterst individuellt av patienterna (Guldbrandsen & Stubberud, 2009). Det är därför av stor vikt att ta reda på vilka faktorer som kan leda till påfrestande minnen, så att vårdpersonal kan förebygga dessa genom att optimera omvårdnaden. Särskilt då flertalet tidigare studier visar att intensivvårdspatienter tenderar att utvärdera sin intensivvårdsvistelse som en negativ upplevelse (Topçu, Ecevit,



Alpar, Gülseven och Kebapçı, 2017). På sikt skulle patienterna även kunna utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Michel, 2018) vilket i längden skulle kunna innebära onödigt lidande för patienten på grund av längre återhämtningstid. Detta skulle även kunna leda till ökade kostnader för samhället genom att patienten ej kan återgå till sitt arbete som planerat. Författarna menar att denna studie är relevant då det saknas nyare studier som undersökt om det finns skillnad mellan äldre och yngre patienters påfrestande minnen från intensivvårdsvistelsen. Ytterligare framtida studier skulle kunna undersöka vilka andra faktorer än ålder som skulle kunna påverka patienters påfrestande minnen från intensivvårdstiden.

### **Konklusion och implikationer**

Resultatet ger vårdpersonal information om vad denna patientkategori minns som mest obehagligt och påfrestande. På så sätt kan intensivvårdspatienterna proaktivt ges optimal personcentrerad omvårdnad. Yngre patienter minns törst, smärta, oro samt panik som mer påfrestande. Genom detta resultat kan dessa minnen förebyggas genom en bättre personcentrerad omvårdnad. Mer forskning kring detta ämne behövs för att kunna utveckla intensivvården framåt och ge patienterna bättre förutsättningar att hantera vården de erhåller. Detta resultat skulle exempelvis kunna ligga som grund att skapa en riskbedömningschecklista för att identifiera påfrestande upplevelser av pågående intensivvård.

## Referenser

Almerud, S., Alapack, R., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2008). Caught in an artificial split: A phenomenological study of being a caregiver in the technologically intensive environment. *Intensive and critical care nursing*, 24, 130-136. doi: 10.1016/j.iccn.2007.08.003

Alasad, J. A., Abu Tabar, N., & Ahmad, M. M. (2015). Patients' experience of being in intensive care units. *Journal of Critical Care*, 30, 7- 11. doi: 10.1016/j.jcrc.2015.03.021

Baumgarten, M, Poulsen I. (2015) Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative meta synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29; 205-214. doi 10.1111/scs. 12177.

Capuzzo, M., Pinamonti, A., Cingolani E., Grassi, L., Bianconi, M., Contu, P., Gritti, G., and Alvisi, R. (2001). Analgesia, sedation, and memory of intensive care. *Journal of Critical Care*, 16(3), 83- 89, doi: [10.1053/jcrc.2001.28789](https://doi.org/10.1053/jcrc.2001.28789)

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I- L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L- E., Rosén, H., Rydmark, M., & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person- Centered Care -- Ready For Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10 (248). doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Eliasson, A. (2018). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Engström, Å., Nyström, N., Sundelin, G., & Rattray, J. (2012). People's experience of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 88- 95. doi: 10.1016/j.iccn.2012.07.003

Ernst Bravell, M. (Red.). (2013). *Äldre och åldrande*. Falkenberg: Prepress Team Media Sweden AB

Fröjd, C., Larsson, I- M., & Wallin, E. (Red.).(2016). *Omvårdnad av intensivvårdspatienten*. Stockholm: Liber AB.

Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa- Pereira, A. & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9(2), 96-109. doi: 10.1186/cc3026

Guldbrandsen, T., & Stubberud, D- G. (2009). *Intensivvård. Avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur AB.

Gultekin, Y, Özcelik, Z., Akinci, S- B., & Yorganci, H- K. (2018). Evaluation of stressors in intensive care units. *Turkish Journal of Surgery*, 34, 5- 8. doi: 10.5152/turksurg.2017.3736

Hallberg, T., & Östlund, K. (2014). *Patienters påfrestande minnen från vårdtiden på IVA - en enkätstudie*. (Examensarbete, Lunds Universitet, Lund). Hämtad från <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOId=4936654&fileOId=4936662>

Homburger Erikson, E. (2014). *Den fullbordade livscykeln*. Stockholm: Natur och Kultur.

Jones, C., Bäckman, C., Capuzzo, M., Egerod, I., Flaatten, H., Granja, C., Rylander, C., & Griffiths, R. D. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised controlled trial. *Critical Care*, 14(5). doi: [10.1186/cc9260](https://doi.org/10.1186/cc9260)

Jones, C., Bäckman, C., & Griffiths, R.D. (2012). Intensive care diaries and relatives' symptoms of posttraumatic stress disorder after critical illness: a pilot study. *American Journal of Critical Care*, 21(3), 172- 176. doi: 10.4037/ajcc2012569

Kjeldsen, C. L., Hansen, M. S., Jensen, K., Holm, A., Haahr, A., & Dreyer, P. (2017). Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. *British Association of Critical Care Nurses*, 23(2), 75- 81. doi: 10.1111/nicc.12277

Michel, P- O. (Red.). (2018). *Psykotraumatologi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Minne. (2019, 28 februari). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2019-02-28 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/minne>.

Nelderup, M., Simonsson, A., & Samuelson, K. (2018). Intensive care survivors' experiences of recovery after hospital discharge: A qualitative interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 0(0), 1-8. doi: 10.1177/2057158517748482

Nilsson, L- G. (1976). *Människans minne. Inkodning, lagring och framplockning av information*. Lund: Berlingska Boktryckeriet.

Rattray, J., Johnston, M., & Wildsmith, J. A. W. (2004). The intensive care experience: the development of the ICU questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 64–73.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. Stockholm: Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening.

Samuelson, K. A. M. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients – Findings from 250 interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*. 27 (2), 76-84.

Samuelson, K.A.M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2007). Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients - a 2- month follow- up study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 51, 671- 678. doi: 10.1111/j.1399-6576.2007.01292x

Samuelson, K., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2006). Memory in relation to depth of sedation in adult mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Care Medicine* (32), 660-667. doi: 10.1007/s00134-006-0105-x

Schell, C- O., Gerdin Wärnberg, M., Hvarfner, A., Höög, A., Baker, U., Castegren, M., & Baker, T. (2018). The global need for essential emergency and critical care. *Critical care*, 22(284). doi: 10.1186/s13054-018-2219-2

Statistiska centralbyrån. (2018). *Störst folkökning att vänta bland de äldsta*. Hämtad 2019-05-09 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/statistiknyhet/sveriges-framtida-befolkning-20182070/>

Svenningsen, H. (2013). Associations between sedation, delirium and posttraumatic stress disorder and their impact on quality of life and memories following discharge from an intensive care unit. *Danish care journal*. 2013;60(4)B4630.

Svenska Intensivvårdsregistret. (2018). Demografi antal vårdtillfällen. Hämtad 2019-05-09 från <https://portal.icuregswe.org/utdata/report/demo.antaltvf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). Personcentrerad vård. Hämtad 2019-01-09 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)

Topçu, S., Ecevit Alpar, Ş., Gülseven, B., & Kebapçı, A. (2017). Patient experiences in intensive care units: a systematic review. *Patient Experience Journal*, 4(3), 115- 127.

Van de Leur, J. P., van der Schans, C. P., Loef, B. G., Deelman, B. G., Geertzen, J. H. B., & Zwaveling, J. H. (2004). Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Critical Care*, 8, 467- 473. doi: 10.1186/cc2976

World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical Principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2019-01-16 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wu, KK., Cho, VW., Chow, FL., Tsang, AP., & Tse, DM. (2018). Posttraumatic stress after treatment in an intensive care unit. *East Asian archives of psychiatry - official journal of the Hong Kong College of psychiatrists*, 28(2), 39- 44.

## Bilaga 1 (2)

### Påfrestande minnen under tiden på intensivvårdsavdelningen (IVA)

version 160115

Minns Du något från IVA tiden? Ja  Nej  Om Du svarat *Nej* behöver du inte gå vidare.

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

| Exempel på påfrestande minnen                             | Minns ej | Grad av påfrestning eller obehag |          |        |         |
|---|----------|----------------------------------|----------|--------|---------|
|   |          | Lite                             | Måttligt | Mycket | Extremt |
| Svårt att få luft   |          |                                  |          |        |         |
| Ej kunna prata  |          |                                  |          |        |         |
| Andningstub i halsen                                      |          |                                  |          |        |         |
| Mask för ansiktet   |          |                                  |          |        |         |
| Sugning i mun el tub                                      |          |                                  |          |        |         |
| Smärta  |          |                                  |          |        |         |
| Törst/muntorrhet  |          |                                  |          |        |         |
| Oro, rädsla eller hjälplöshet                             |          |                                  |          |        |         |
| Panik   |          |                                  |          |        |         |
| Störande ljud eller prat                                  |          |                                  |          |        |         |
| Störd sömn eller vila                                     |          |                                  |          |        |         |
| Obehagliga aktiviteter eller undersökningar               |          |                                  |          |        |         |
| Dåligt bemötande eller omhändertagande av personal        |          |                                  |          |        |         |
| Påfrestande överkliga minnen, mardrömmar, hallucinationer |          |                                  |          |        |         |
| Överväldigad av hela situationen                          |          |                                  |          |        |         |

Datum då Du fyller i formuläret .....

Andra påfrestande upplevelser Du minns? .....

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

Minns Du något som hjälpt/underlättat din IVA tid? .....

## Bilaga 2 (2)

### Flödesschema över deltagarna

