



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Vuxna patienters upplevelser av hälsorelaterad livskvalitet efter att ha vårdats på en intensivvårdsavdelning

Författare: Agnes Persson och Elsa Olsson

Handledare: Elizabeth Crang Svalenius

Kandidatuppsats, litteraturstudie

Hösten 2020

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

# Vuxna patienters upplevelser av hälsorelaterad livskvalitet efter att ha vårdats på en intensivvårdsavdelning

## Adult Patients Experiences of Healthrelated Quality of Life after Undergoing Intensive Care

Författare: Agnes Persson och Elsa Olsson

Handledare: Elizabeth Crang Svalenius

Kandidatuppsats, litteraturstudie

Hösten 2020

### Abstrakt

**Bakgrund:** Tiden efter intensivvård kan upplevas påfrestande och på grund av Covid-19 vårdas allt flera personer på intensivvårdsavdelningar. Dessa personer kan komma att uppleva psykisk samt fysisk ohälsa efter vårdtiden vilket sjuksköterskan i sin profession måste kunna bemöta. Enligt omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson kan patienten uppleva fysisk och psykisk ohälsa oavsett om hen anses vara objektiv sjuk eller frisk. Sjuksköterskan behöver informera sig själv om sina patienters hälsorelaterade livskvalitet för att kunna förebygga ohälsa och ge en god vård. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva hur vuxna personer upplever sin hälsorelaterade livskvalitet efter att ha vårdats på en intensivvårdsavdelning. **Metod:** En icke-systematisk litteraturstudie där elva kvantitativa studier inkluderats och analyserats med en integrerad analysmetod. **Resultat:** Den hälsorelaterade livskvaliteten kan påverkas hos tidigare intensivvårdspatienter. Faktorer som kan påverka den hälsorelaterade livskvaliteten för dessa patienter är sömn, ålder, samsjuklighet samt minnen. **Slutsats:** Det är av betydelse att sjuksköterskan har kunskap om den påverkade hälsorelaterade livskvaliteten vid framtida vårdtillfällen med patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning.

## Nyckelord

Covid 19, Hälsorelaterad livskvalitet, Intensivvård, , Intensivvårdspatienter,  
Katie Eriksson

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

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	
Introduktion .....	1
Problemområde .....	1
Bakgrund .....	1
Perspektiv och utgångspunkter .....	2
Hälsorelaterad livskvalitet .....	3
Intensivvårdsavdelning .....	4
Miljön på intensivvårdsavdelningar .....	5
Eventuella konsekvensen av Covid-19 .....	6
Syfte .....	7
Specifik frågeställning .....	7
Metod .....	7
Urval .....	8
Datainsamling .....	8
Dataanalys .....	10
Forskningsetiska avvägningar .....	10
Resultat .....	11
Hälsorelaterad livskvalitet .....	12
Sömnens påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten .....	13
Minnens påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten .....	15
Samsjuklighetens påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten .....	15
Ålderns påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten .....	16
Diskussion .....	17
Diskussion av vald metod .....	17
Diskussion av framtaget resultat .....	18
Hälsorelaterad livskvalitet .....	18
Faktorer som kan påverka den hälsorelaterade livskvaliteten .....	19
Resultatet i relation till Covid-19 .....	21
Resultatet i relation till vald omvårdnadsteori .....	22
Slutsats och kliniska implikationer .....	22
Författarnas arbetsfördelning .....	23
Referenser .....	24
Bilaga 1 .....	30

# Introduktion

## Problemområde

Att vårdas på en intensivvårdsavdelning (IVA) kan vara en obehaglig upplevelse och ge konsekvenser för individens hälsa. Men även tiden efter utskrivning kan vara både fysiskt och psykiskt påfrestande. Myhren et al. (2010) redogjorde att tidigare intensivvårdpatienter i Norge, ett år efter utskrivning, hade signifikant sämre hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL) än den norska befolkningen. Studien delade in HRQoL i åtta olika dimensioner, enligt The Short Form Survey (SF-36). De olika dimensionerna var: fysisk funktion, fysisk rollbegränsning, kroppslig smärta, generell hälsa, vitalitet, social funktion, psykisk rollbegränsning och mental hälsa. Utfallet påvisade att de tidigare patienterna hade sämre resultat än referensgruppen i samtliga kategorier. Studien hade 194 deltagande med en åldersbegränsning mellan 18 – 75 år och patienterna hade vårdats minst 24 timmar på en intensivvårdsavdelning (ibid.). En annan studie (Huang et al., 2016) visade att 66 procent av de som deltog i studien hade symtom på antingen ångest, depression eller posttraumatiskt stressyndrom efter att ha vårdats på intensivvårdsavdelning (ibid.). Posttraumatiskt stressyndrom är ett tillstånd där man upplever flashbacks och mardrömmar efter svåra livshotande trauman till exempel olyckor, katastrofer eller övergrepp (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering, 2020).

Ovanstående studieresultat (Myhren et al, 2010; Huang et al., 2016) visar på en sänkning i patienternas upplevda psykiska samt fysiska hälsa efter intensivvårdsbehandling. Den hälsorelaterade livskvaliteten kan vara påverkad långt efter att patienterna blivit utskrivna från intensivvårdsavdelningen vilket gör att patienterna kommer att söka vård på olika slags vårdinstansen. Därför är det viktigt att alla sjuksköterskor, oavsett var i vårdkedjan en arbetar, besitter kunskap om den förändrade hälsorelaterade livskvaliteten efter intensivvårdsbehandling. För att sjuksköterskan i sin profession ska kunna förebygga lidande, främja hälsa och utforma omvårdnadsåtgärder efter patientens behov är en kartläggning av relevant kunskap inom området betydelsefullt.

## Bakgrund

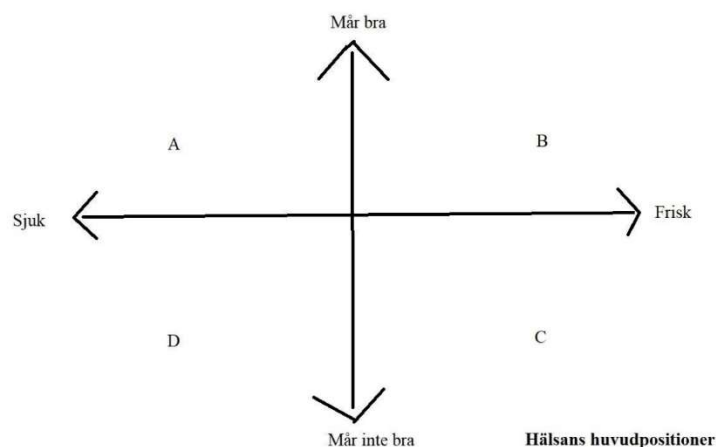
Att vara kritisk sjuk och få behandling på en intensivvårdsavdelning kan upplevas stressande, ångestfyllt och oroande för patienterna (Lundberg, 2012). En studie (Langerud et al., 2017) utförd i Norge påvisade att 24,1 procent av deltagarna led av ångest ett år efter att ha vårdats på en intensivvårdsavdelning. Andelen som led av depression var 15,4 procent. I en studie av Choi et al. (2014) gjordes en undersökning på patienter som var minst 21 år och varit inlagda på en intensivvårdsavdelning i fyra eller fler dagar med mekanisk ventilator. Resultatet av de symtom som framkom fyra månader efter utskrivning var att 80,8 procent upplevde fatigue, 61,5 procent upplevde svaghet, 53,8 procent upplevde smärta och 15,4 procent upplevde illamående/kräkning (ibid.). Dessa siffror visar på att det finns ett problem med ohälsa som infinner sig efter intensivvård.

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Litteraturstudien belyser hur vuxna personer upplever sin hälsorelaterade livskvalitet efter att ha vårdats på en intensivvårdsavdelning. Den kopplas till Katie Erikssons omvårdnadsteori om hälsa (Eriksson, 2014). Eriksson beskriver i sin teori att människan "är" hälsa och därav går det inte att "ge" hälsa till en annan individ. Däremot är det möjligt att stödja en människa till att själv vara hälsa.

Eriksson (2014) framhåller att det finns olika dimensioner av hälsa. Objektiv förekomst eller objektiv icke förekomst av ohälsa är en dimension, vilken kallas för sjukdomssymtomsindikator. Men människan är mer än endimensionell eftersom hon är autonom och innehar ett medvetande. Detta kan exemplifieras med att en person som har objektiva tecken på ohälsa, exempelvis dödssjuk, ändå kan uppleva välbefinnande. Det skapar den andra dimensionen; individens upplevelse av sig själv som sjuk eller frisk, vilken kallas för känslindikator.

De olika dimensionerna som tidigare beskrevs, känslindikatorn och sjukdomssymtomsindikatorn, kan ställas i relation till varandra och då uppkommer följande modell för att beskriva fenomenet hälsans huvudpositioner:



(Eriksson, 2014, figur 12 och figur 13)

Position A kan beskrivas med att personen är objektivt sjuk men upplever välbefinnande. Den andra positionen, B, kan skildras med att individen innehar objektiv hälsa samt upplever det så själv. Position C står för inga objektiva tecken på sjukdom men personen själv känner ohälsa. Den sista, position D, beskrivs med att individen både har objektiv och subjektiv ohälsa (Eriksson, 2014).

Därför kan slutsatsen dras att den psykiska hälsan samt fysiska hälsan kan både vara beroende och oberoende av varandra för en persons egen upplevelse av hälsa, vilket de fyra olika positionerna i hälsokorset visar på. Det finns inget krav på att en fysisk sjukdom ska finnas för att en person ska kunna uppleva en känsla av psykisk ohälsa. Det innebär att en patient som tidigare vårdats på intensivvårdsavdelning, och inte längre uppnår kraven för att vara inlagd på sjukhus, ändå kan uppleva en känsla av psykisk ohälsa i hemmet efteråt.

### *Hälsorelaterad livskvalitet*

Följande citat är definitionen av livskvalitet enligt WHO: "(...) an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value system in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns." (World Health Organization [WHO], u.å).

Livskvalitet kan definieras som en personlig upplevelse som påverkas av förändringar i omgivningen och hur livet ser ut just nu. Familj, vänner, arbete, fritid, boendesituation, utbildning och känsla av gemenskap och samhörighet i samhället har en inverkan på hur människans livskvalitet ser ut. Den varierar också i tid. Den hälsorelaterade livskvaliteten

syftar specifikt på de aspekter av livskvaliteten som påverkas av hälsan (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering [SBU], 2012).

### *Intensivvårdsavdelning*

På en intensivvårdsavdelning bedrivs intensivvård. Det innebär att patienterna på en sådan avdelning sviktar i ett eller flera organsystem. Ofta lider patienterna av livshotande sjukdomar eller skador som övervakas, diagnostiseras, behandlas och vårdas dygnet runt, årets alla dagar. Basal övervakningen av patienten innefattar andningsfrekvens, transkutan syrgassaturation, EKG, hjärtfrekvens, blodtryck, kroppstemperatur, kroppsvikt, diures och vakenhet. Därtill bedöms patientens neurologstatus, sederingsgrad och smärta. Arbetet på en intensivvårdsavdelning ska hålla en hög kompetensnivå medicintekniskt samt arbeta multidisciplinärt. Vilka patienter som ska skrivas in på avdelningen beslutas av den ansvariga läkaren på intensivvårdsavdelningen alternativt bakjouren. Det finns ett antal intagningskriterier:

- ”Patienten ska ha hotande, eller manifest, akut svikt i en eller flera vitala organfunktioner.
- Tillståndet ska vara potentiellt reversibelt eller åtgärdbart, exempelvis genom transplantation.
- Vårdbehovet ska inte kunna tillgodoses på lägre vårdnivå.”

(Svensk Förening för Anestesi och intensivvård & Svenska Intensivvårdssällskapet, 2015, s. 6).

Likväl som det finns intagningskriterier finns även flertalet utskrivningskriterier:

- ”Patienten ska vara medicinskt stabil avseende vitala parametrar, om inte aktuell sjukdom/skada, bakomliggande sjukdom eller prognos föranleder annan bedömning.
- Utskrivning ska ske till avdelning med behandling- och övervakningsresurser som motsvarar patientens vårdbehov.
- Döende patient bör inte skrivas ut om döden bedöms vara nära förestående.”



(Svensk Förening för Anestesi och intensivvård & Svenska Intensivvårdssällskapet, 2015, s. 6).

Läkarna som arbetar på IVA är specialiserade i anestesi- och intensivvård. Likaså sjuksköterskorna har vidareutbildning i intensivvård för att kunna ge bästa möjliga vård (Svensk Förening för Anestesi och intensivvård & Svenska Intensivvårdssällskapet, 2015).

### *Miljön på intensivvårdsavdelningar*

Miljön på en intensivvårdsavdelning kan vara svårhanterlig för många inneliggande patienter. Meriläinen et al. (2012) undersökte vilken typ av interaktion som sker mellan intensivvårdspatienter och miljön på intensivvårdsavdelningen samt vilka minnen patienter har från intensivvården. Studien genomfördes med hjälp av att videospela fyra patienter på IVA under 24 timmar samt intervjuar dessa tre månader samt sex månader efter utskrivning. Patienterna beskrev sina upplevelser som surrealistiska, obehagliga och ibland svåra att avgöra om de var drömmar eller verklighet. I studien berättade patienterna att de kände dödsångest, rädsla och bedrövelse när de vårdades på IVA. Angående vad patienterna minns om sin omgivning berättade de att det var konstant ljud och rörelser på avdelningen. Det kunde handla om människor som samtalar, skrik från andra patienter eller utrustning som pep. Patienterna beskrev även kontakten med sjuksköterskorna vilken oftast var icke-verbal med fokus på omvårdnadsåtgärder till exempel såromläggningar eller blodprovstagningar. Det fanns en brist på kommunikation mellan sjuksköterskorna och patienterna (ibid.).

Studien av Meriläinen et al. (2012) belyser att högljuddhet på intensivvårdsavdelning kan vara arbetsamt för patienterna. Darbyshire och Young (2013) undersökte ljudnivån på intensivvårdsavdelningar i jämförelse med de riktlinjer kring ljudnivån på sjukhus som tagits fram av World Health Organization (WHO). Enligt WHO borde ljudnivån på sjukhus inte överskrida 35 dB, maximalt 40 dB på nätterna. Det kan liknas med ett tyst rum eller en lågmäld konversation. Forskarna mätte ljudnivån på fem intensivvårdsavdelningar i England. En av monitorerna placerades centralt på avdelningen och en placerades i närheten av en patients huvud. Resultat visade att på samtliga fem intensivvårdsavdelningar var ljudnivån över 45 dB och hälften av tiden mellan 52 och 59 dB. Upp till 16 gånger per timme under nätterna och ännu oftare på dagarna uppmättes ljudnivåtoppar över 85dB, vilket kan likställas

med ljud från stadstrafik (ibid.). Även Johansson et al. (2012) undersökte ljudnivån på en intensivvårdsavdelning samt patienternas minnen av ljudnivån på avdelningen efter utskrivning. Studien tog plats på en intensivvårdsavdelning i Sverige. Datainsamling genomfördes genom att registrera ljuden nära tolv patienters sängar samt genom att intervjua 13 patienter efter utskrivning. Medelvärde uppmättes till 53 dB med en maximal nivå mellan 82 och 101dB. Ljudnivån var över 55 dB mellan 77 procent och 89 procent av tiden vilket tyder på att det finns väldigt få minuter som patienterna från lugn och ro. Under intervjuerna med patienterna framgick det att tyst arbetande vårdpersonal skapade en känsla av säkerhet och förtrogenhet. Ljud från andra sjuka patienter eller ljud från teknisk utrustning frambringade en känsla av rädsla, hjälplöshet och ångest (ibid.).

Sjuksköterskans ansvar är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Omvårdnaden ska ges med respekt för mänskliga rättigheter, värderingar, vanor och tro (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). För att kunna bedriva en hälsofrämjande omvårdnad krävs det att sjuksköterskan har en humanistisk människosyn. Hen behöver göra sig införstådd hur patienten upplever sin livsvärld och hur patienten relaterar till sin hälsa, sjukdom och lidande. Fokuset är inte sjukdomar och diagnoser eftersom en då ofta missar patientens subjektiva hälsa. Sjuksköterskans roll innebär att kartlägga och undanröja sådana vanor som kan riskera att patienten upplever ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Därför blir det av stor betydelse att sjuksköterskan informerar sig själv om hur patientens hälsorelaterade livskvalitet ser ut, eftersom den per definition handlar om patientens subjektiva upplevelse av sin livskvalitet och hälsa. Kunskap om den hälsorelaterade livskvaliteten krävs för att sjuksköterskan ska kunna förebygga ohälsa och främja hälsa.

### *Eventuella konsekvensen av Covid-19*

På grund av den stora globala spridningen av viruset Covid-19 2020 behandlas allt fler på intensivvårdsavdelningar runt om i världen. Den 2 januari 2021 hade totalt 4194 personer vårdats på intensivvårdsavdelning på grund av Covid-19 i Sverige (Svenska Intensivvårdsregistret, 2020). Åldersspannet för patienterna har varit mellan 0 år och 97 år. Vid uppdelning av andelen intensivvårdstillfällen med Covid-19 utefter riskgrupp visar statistik att 65 år eller äldre, hypertoni, kronisk hjärt-/lungsjukdom samt diabetes är de vanligaste riskgrupperna (ibid.). En bakomliggande orsak som kan ligga till grund för dessa riskgrupper är att den äldre människan upplevs skörare och tenderar att drabbas av sjukdomar

lättare (Nygren & Lundman, 2009). Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2020) framhåller att pandemin kan ha långsiktiga konsekvenser för den psykiska hälsan. De som löper extra hög risk för att utveckla nedsatt psykisk hälsa är de personer som intensivvårdats samt vårdpersonal. Detta på grund av stressen och påfrestningarna som intensivvårdspatienter och vårdpersonal utsätts för under pandemin (ibid).

Ahmed et al. (2020) genomförde en systematisk litteraturoversikt med syftet att fastställa långsiktiga utfall hos överlevare av severe acute respiratory syndrome (SARS) och Middle East respiratory syndrome (MERS) efter hospitalisering eller intensivvård. SARS, MERS och Covid-19 ingår i samma virusläkte och samtliga resulterar i en viral lunginflammation och eventuellt acute respiratory distress syndrom (ARDS). I studien identifierades 1169 studier där 28 studier inkluderades i översikten. Resultatet visade att överlevare av SARS och MERS kan utveckla en försämrad lungfunktion samt svårighet att utföra fysisk aktivitet sex månader efter utskrivning. En tredjedel av överlevarna led av stress, ångest och depression. I resultatet framkom det även att livskvaliteten var låg hos överlevarna av SARS och MERS. Forskarna drar slutsatsen att eftersom de tre sjukdomarna SARS, MERS och Covid-19 är så pass lika borde vårdpersonal förvänta sig att patienter som vårdats för Covid-19 kommer lida av liknande hälsoproblem (ibid.).

## Syfte

Syftet med studien är att beskriva hur vuxna personer upplever sin hälsorelaterade livskvalitet efter att ha vårdats på en intensivvårdsavdelning.

### *Specifik frågeställning*

- Vilka faktorer kan påverka den hälsorelaterade livskvaliteten hos vuxna patienter som tidigare har vårdats på en intensivvårdsavdelning?

## Metod

Denna studie är en icke-systematisk litteraturstudie. I en systematisk litteraturstudie granskas och sammanställs *all* relevant litteratur inom området, vilket inte har gjorts i denna studie. Därav är den icke-systematisk (Kristensson, 2017). Studien har en induktiv ansats där en slutsats dras utifrån de resultat som samlas in. Kristensson (2017) förklarar att en

litteraturstudie genomförs i olika steg. Det ska väljas en relevant undersökningsfråga som ska bringa någon slags kunskap till rådande praktik, sökas relevant litteratur kopplat till området samt kritiskt granska litteraturen. I en del fall leder litteraturstudier i slutändan till en förändring i praktiken baserat på de slutsatserna och den kunskapen litteraturstudierna har gett. Slutsatserna kan också visa på områden där det saknas kunskap och på så sätt kan nya forskningsfrågor utvecklas (ibid.).

## **Urval**

I litteraturstudien användes databaserna PubMed och CINAHL. Flera inklusionskriterier samt exklusionskriterier användes för att precisera urvalet till syftet och för att nå rätt målgrupp. Inklusionskriterier var de patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning samt att patienterna var vuxna. Avgränsningar gällande ålder blev därför 18 år och äldre. Utgångspunkten i studien är patienternas perspektiv. Därför exkluderades studier som forskade utifrån vårdpersonalens och anhörigas perspektiv. Samtliga studier var skrivna på engelska, av kvantitativ design, av hög kvalité, publicerade mellan åren 2000 – 2020 samt tillgängliga i fulltext. Dock inkluderades även en studie gjord med en mixad metod.

## **Datansamling**

Vid en litteraturstudie används tidigare utförda forskningsstudier. Data söks fram genom olika databaser som exempelvis Cochrane Database of Systematic Reviews, MEDLINE, CINAHL eller PsycINFO. I sökningen kan Booleska söktermer användas för att begränsa eller vidga sökningen (Polit och Beck, 2017). I litteraturstudien gjordes ett urval av vetenskapliga studier för att få svar på vårt syfte. Litteratursökningen skedde i databaserna CINAHL och PubMed. De Booleska söktermerna OR och AND användes för att precisera sökningen. Vi använde Medical Subject Headings vid sökning i PubMed samt CINAHL Headings vid sökning i CINAHL. Ett fritt sökord som användes var *icu survivors*. Samtliga titlar som fåtts fram genom sökningen lästes. Vidare lästes abstrakt av de titlar som svarade mot studiens syfte. Utifrån abstrakt lästes de studier som var relevanta för studiens syfte i fulltext. Datansamlingen genomfördes av båda författarna. De kvantitativa studierna som blev utvalda kvalitetsgranskades enligt granskningsmall för observationsstudier från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering [SBU], 2014). Studien som utfördes med en mixad metod granskades enligt granskningsmallen Mixed Method Appraisal Tool (Hong et al., 2018).

**Tabell 1. Sökning i CINAHL**

2020-11-10	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa i heltext	Kvalitetsgranskade	Valda	
1	(MH "Intensive Care Units+") OR (MH "Critical Care+") OR icu survivors		84520					
2	(MH "Mental Health") OR (MH "Quality of Life+/PF")		48410					
3	(MH "Intensive Care Units+") OR (MH "Critical Care+") OR icu survivors AND (MH "Mental Health") OR (MH "Quality of Life+/PF")	Academic Journals 2000-2020 English All adult	79	16	1	1	0	

**Tabell 2. Sökning i PubMed**

2020-11-10	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa i heltext	Kvalitetsgranskade	Valda	
1	(MH "Intensive Care Units+") OR (MH "Critical Care+") OR icu survivors		84520					
2	(MH "Mental Health") OR (MH "Quality of Life+/PF")		48410					
3	(MH "Intensive Care Units+") OR (MH "Critical Care+") OR icu survivors AND (MH "Mental Health") OR (MH "Quality of Life+/PF")	2000-2020 English Adult: 19-years	186	36	14	14	11	

## **Dataanalys**

I litteraturstudien användes en integrerad analysmetod (Kristensson, 2017). Första steget i denna metod är att läsa samtliga studier som ska vara med resultaten i litteraturstudien för att finna likheter samt skillnader. På så sätt skapas en förståelse för innehållet hos författarna. Dessa likheter och skillnader kategoriseras i övergripande teman vilka resultatet sammanställs under. På så sätt skapas en översiktlig bild av resultaten (ibid.). Analysen har genomförts enligt med Kristenssons (2017) beskrivningen av en integrerad analysmetod. Det insamlade materialet lästes av båda författarna och tillsammans diskuterades eventuella likheter och skillnader mellan de olika studierna. Utifrån resultatet skapades fyra teman. Analys av data utfördes av båda författarna och resultatet diskuterades i relation till den valda omvårdnadsteorin.

## **Forskningsetiska avvägningar**

För att upprätthålla en god etisk kvalitet präglades litteraturstudien av flera etiska förhållningssätt. Sandman och Kjellström (2018) redogör för tre grundläggande principer som ligger till grund för forskningsetiken, vilka avser att vara ett analytiskt ramverk till olika problem som kan uppstå. Principerna är; göra-gott-principen, autonomiprincipen samt rättvisepincipen. Göra-gott-principen kan förklaras med att människans välbefinnande skall vara i centrum och individens hälsa prioriteras före forskningen, även om forskningen förväntas bringa stort kunskapsvärde. Autonomiprincipen handlar om att upprätthålla samt ha respekt för en persons autonomi, vilket innebär att individen har rätt att bestämma över sitt eget liv. Rättvisepincipen beskrivs med att det ska vara en jämn fördelning av för- och nackdelar samt att principens utgångspunkt utgörs av lika behandling av människor i liknande situationer (ibid.).

Helsingforsdeklarationen är en redogörelse för hur etiska principer inom medicinsk forskning som involverar människor, bör bedrivas. De etiska principerna i dokumentet utgörs av 37 olika punkter som redogör för bland annat; rätten till information, etiska kommittéers godkännande, att omsorgen för individen går före forskningens intressen och deltagarnas integritet. Deklarationen uppmuntrar alla forskare inom medicinsk forskning att anta dessa principer (World Medical Association, 2018).

Etikprövningslagen (SFS 2003:460) redogör för att all forskning av människor samt av biologiskt material från människor skall etikprövas. Lagens syfte är att skydda den enskilda

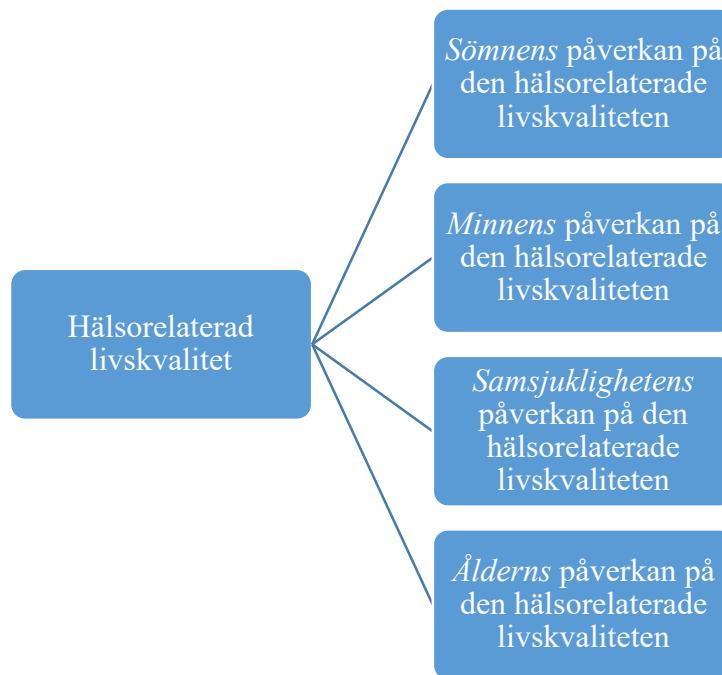
individerna samt tillse att forskningen bibehåller det mänskliga värdet, exempelvis ska mänskliga rättigheter beaktas. Etikprövningen skall tillämpas vid all forskning som involverar behandling av personuppgifter. Prövningen ska också praktiseras vid forskning som syftar till att psykiskt eller fysiskt påverka en forskningsdeltagare (ibid.).

Det är viktigt att vara etiskt medvetna och kontinuerligt resonera etiskt. Polit och Beck (2017) beskriver att forskare bör undvika författarbedrägeri samt för att öka allmänhetens förtroende för forskning bör forskare använda sig av god sed. Seden består av tre olika huvudord; fabricering, förfalskning och plagiat. Huvudorden kan beskrivas med att inte förvränga studieresultat, manipulera forskningsmaterial samt utrustning i syfte att ändra data eller plagiera någons resultat eller ord utan att delge det. Intressekonflikter, dålig hantering av data och olämplig finansiell förvaltning till studien, skall också undvikas, för att minska etiska missförstånd (ibid.).

Författarna i denna litteraturstudie kommer därav undvika plagiat vid skrivandet av litteraturstudien, tillse att de studier som nyttjas upprätthåller god etisk kvalitet samt redogöra studieresultaten med transparens för att undvika etiska missförstånd eller sänkt studieförtroende bland allmänheten.

## Resultat

Grunden för följande resultatet är totalt tio kvantitativa studier samt en med mixad metod (se bilaga 1). Deltagarna i de olika studierna var intensivvårdspatienter i åldrarna 18 år och äldre. De publicerades mellan åren 2005 och 2019. Studierna genomfördes i Skottland (Griffith et al., 2018), USA (Khouli et al., 2011), Kanada (Solverson et al., 2016), Nederländerna (De Rooij et al., 2008), Norge (Langerud et al., 2018), Grekland (Alexopoulou et al., 2019), Australien (McKinley et al., 2013; McKinley et al., 2016), Portugal (Granja et al., 2005), Sverige (Orwelius et al., 2008) och Finland (Niittyvuopio et al., 2019). Följande teman kunde urskiljas i studierna:



### **Hälsorelaterad livskvalitet**

I fem av studierna var den hälsorelaterade livskvaliteten sämre hos tidigare vuxna intensivvårdspatienter (McKinley et al., 2013; Niittyvuopio et al., 2019; Langerud et al., 2018; Alexopoulou et al., 2019; Granja et al., 2005). McKinley et al. (2013) redogjorde för att HRQoL var sämre hos vuxna patienter som vårdats på IVA jämfört med den australienska befolkningen. I studien deltog 193 vuxna individer. Studien av Alexopoulou et al. (2019) följde upp sin studiepopulation tio dagar samt sex månader efter utskrivning där gruppen svarade på ett frågeformulär om hälsorelaterad livskvalitet. Vid första uppföljningen, där 36 tidigare intensivvårdspatienter i åldrarna 18-80 år deltog, var den hälsorelaterade livskvaliteten mycket lägre jämfört med den normala befolkningen. Vid sex månader, där 29 individer deltog, sågs en signifikant förbättring. Dock var HRQoL fortfarande sämre än hos den normala befolkningen. I en av studierna (Granja et al., 2005) sågs en förbättring i den HRQoL sex månader efter utskrivning. Forskarna samlade data från 464 patienter som var minst 18 år gamla och hade vårdats på en intensivvårdsavdelning. Vid sex månader svarade 40 procent att deras livskvalitet hade förbättrats. Däremot svarade 31 procent att den upplevda HRQoL var densamma som innan IVA, 20 procent att den hade försämrats och en procent hade föredragit döden (ibid.).

Den upplevda mentala hälsan kan vara försämrad hos individer som vårdats på intensivvårdsavdelning redogjorde två av studierna (Niittyvuopio et al., 2019; Griffith et al.,



2018). Niittyvuopio et al. (2019) undersökte 332 patienter mellan 18 – 65 år som vårdats minst fyra dagar på en intensivvårdsavdelning. Studien använde sig av en referensgrupp vilken utgjordes av 3000 slumpmässigt utvalda finländare mellan åldrarna 18 år och 79 år. Av 332 studiedeltagare kategoriserades 7,5 procent med dålig mental hälsa (ibid.). I en studie av Griffith et al. (2018) framkom det att den mentala livskvaliteten var låg hos studiegruppen, vilka var vuxna överlevare från intensivvården som vårdats minst 48 timmar med hjälp av mekanisk ventilation, vid tre samt tolv månader efter utskrivning. Medelvärdet för den mentala hälsan förändrades inte mellan de två tidpunkterna samt att 69 procent av 147 patienter inte visade någon kliniskt signifikant förbättring mellan tre och tolv månader (ibid.). Langerud et al. (2018) granskade 118 patienter tre månader efter utskrivning samt 89 patienter ett år efter vårdtiden. En referensgrupp användes vilken bestod av den norska befolkningen. Forskarna redogjorde för att överlevande från intensivvården hade en låg mental hälsorelaterad livskvalitet tre månader efter utskrivning. Däremot visade resultatet att det kan finnas en mindre förbättring bland studiedeltagarnas mentala livskvalitet efter ett år, dock var denna skillnad inte klinisk relevant (ibid.).

En sämre upplevd fysisk livskvalitet kan förekomma efter intensivvård redogjorde tre av artiklarna för (Niittyvuopio et al., 2019; Langerud et al., 2018; Griffith et al., 2018). Av 332 patienter som undersöktes upplevde 39,5 procent en sämre fysisk funktion efter intensivvård jämfört med referensgruppen (Niittyvuopio et al., 2019). Resultatet från studien av Langerud et al. (2018) visade på en sämre fysisk livskvalitet efter vårdtiden jämfört med referensgruppen. Ytterligare en studie påvisade att medelvärdet för den fysiska hälsan var låg hos studiepopulationen både vid tre månader och tolv månader. Resultatet visade även att 63 procent av 147 patienter inte påvisade någon klinisk relevant förbättring i sin fysiska hälsa mellan tre månader och tolv månader (Griffith et al., 2018).

### *Sömnens påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten*

Sömnkvaliteten kunde påverkas hos de personer som tidigare vårdats på en intensivvårdsavdelning. En sämre sömnkvalitet och en låg hälsorelaterad livskvalitet kunde associeras med varandra (McKinley et al., 2013; Orwelius et al., 2008; Granja et al., 2005; Alexopoulou et al., 2019; Solverson et al., 2016).

I en studie av McKinley et al. (2013) undersöktes patienters sömnkvalitet under och efter intensivvård samt olika faktorer påverkan på sömnkvaliteten sex månader efter utskrivning.

Totalt deltog 179 personer över 18 år som vårdats minst två nätter på en intensivvårdsavdelning. Femtiotvå procent rapporterade dålig sömnkvalitet under vårdtiden på IVA och 62 procent rapporterade dålig sömnkvalitet två månader efter utskrivning. Femtiosju procent rapporterade försämrad sömnkvalitet sex månader efter utskrivning. Liknande resultat påvisades i studien av Granja et al. (2005) med 464 studiedeltagare. Fyrtioen procent rapporterade sömnsvårigheter sex månader efter utskrivning vilket även kunde associeras med en sämre livskvalitet. Orwelius et al. (2008) undersökte 497 vuxna patienter som vårdats på IVA minst 24 timmar. Studiens syfte var att undersöka sömnmönstret sex månader samt tolv månader efter kritisk sjukdom. Därtill granskades relationen mellan sömnsvårigheter och hälsorelaterad livskvalitet samt påverkan av eventuell samsjuklighet, vårdlängd, diagnos för inskrivning och dess svårighetsgrad. Studiegruppens resultat jämfördes med en referensgrupp som bestod av data från en hälsoundersökning gjord på befolkningen i Östergötland där 6093 personer deltagit. Jämförelsen visade att före detta intensivvårdspatienter hade högre sannolikhet för en sämre sömn både sex månader samt tolv månader efter utskrivning (ibid.). Med hjälp av polysomnografi undersökte Alexopoulou et al. (2018) på vilket sätt sömnen påverkades hos tidigare intensivvårdspatienter. Polysomnografi är en typ av multiparametriskt instrument som mäter statiska och dynamiska lungvolym, lungans diffusionskapacitet samt maximalt inandnings och utandningstryck i munnen. Mätningen utförs över en natt där den som undersöks sover och är kontinuerligt under monitorering. Efter sex månader påvisades en försämrad djupsömn, minskad REM-sömn samt svårigheter att somna (ibid.). Därtill kan fragmenterad sömn under natten samt dagtrötthet vara ett problem för tidigare intensivvårdspatienter (Solverson et al., 2016). Studiens syfte var att undersöka sömnkvaliteten efter kritisk sjukdom genom aktigrafi och enkätformulär. Totalt deltog 65 personer (ibid.)

Granja et al. (2005) rapporterade att drömmar och mardrömmar under vårdtiden på intensivvårdsavdelning påverkade den upplevda hälsorelaterade livskvaliteten sex månader efter utskrivning. Studien visade att 51 procent av 464 patienter hade drömmar och mardrömmar under vårdförloppet. Resultatet framhöll även att de patienter som upplevde dessa fenomen rapporterade signifikant mer besvär med smärta/obehag samt ångest/depression under vårdtiden. Av dessa 51 procent rapporterade 14 procent att drömmar och mardrömmar fortfarande störde deras vardagliga liv sex månader efter utskrivning (ibid.).

Enligt McKinley et al. (2013) fanns det flera faktorer som ökade sannolikheten att drabbas av en försämrad sömnkvalitet. Exempelvis försämrad prehospital sömn, minskad medvetenhet om sin omgivning på intensivvårdsavdelningen, lägre mental och fysisk hälsa, depression, ångest, stress samt posttraumatiskt stresssyndrom (ibid.). Samsjuklighet ökade problematiken med att kunna somna och försämrade sömnkvalitén med nästan 50 procent (Orwelius et al., 2008).

#### *Minnens påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten*

Den hälsorelaterade livskvaliteten påverkades av vilka minnen och upplevelser patienter har från sin tid på IVA (Niittyvuopio et al., 2019; Granja et al., 2005; McKinley et al., 2016). Personer med minnen från intensivvårdsavdelningen hade en högre livskvalitet sex månader efter utskrivning (Granja et al., 2005; McKinley et al., 2016). Därtill hade en högre medvetenhet om sin omgivning under vårdtiden en positiv korrelation med den mentala hälsan sex månader efter intensivvård (McKinley et al., 2016).

Dock var det en del patienter som inte hade några minnen från vårdtiden på IVA. I studien av Granja et al. (2005) hade 45 procent av 464 patienter inga minnen från när de blev inskrivna på IVA. I samma studie hade 36 procent av studiepopulationen problem att minnas specifika händelser från vårdtiden. Niittyvuopio et al. (2019) påvisade att färre minnen från besök av släktingar samt från sjuksköterskorna som arbetade i högre grad kunde leda till nedsatt mentalt välbefinnande (ibid.). Samtidigt kunde negativa minnen ha en negativ påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten, exempelvis skrämmande upplevelser som personerna varit med om under vårdtiden (McKinley et al., 2016). Stressfulla upplevelser som kunde vara svåra att hantera var immobilisering, högljudd miljö på nätterna, smärta, rädsla för att dö eller svårigheter att kommunicera (Granja et al., 2005).

#### *Samsjuklighetens påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten*

Den hälsorelaterade livskvaliteten hos vuxna patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning korrelerades med samsjuklighet (Langerud et al., 2018; Orwelius et al., 2008; Griffith et al., 2018). Langerud et al. (2018) undersökte associationer mellan samsjuklighet och den hälsorelaterade livskvaliteten. Resultatet av studien visade att antalet komorbiditeter associerades med en sämre fysisk hälsorelaterad livskvalitet vid både tre månader och tolv månader. Även den mentala livskvaliteten var försämrad vid ett år. Därtill kan samsjuklighet

innan intensivvårdsinskrivning ha en inverkan på livskvaliteten efter utskrivning (ibid.). Griffith et al. (2008) påvisade att en högre pre-intensivvård komorbiditet var starkt associerat med en sämre hälsorelaterad livskvalitet sex månader samt tolv månader efter utskrivning. Resultatet belyste att det fanns en brist på förbättring i den hälsorelaterade livskvaliteten. Samsjuklighet innan vårdtiden på intensivvårdsavdelning associerades med nedsatt aptit, fatigue, smärta samt svårigheter att andas tolv månader efter utskrivning (ibid.).

I studien gjord av Niittyvuopio et al. (2019) kategoriserades studiegruppen med normal funktion, nedsatt fysisk funktion och/eller nedsatt mental funktion tre månader efter utskrivning från intensivvård. Resultatet påvisade ingen signifikant skillnad gällande samsjuklighet mellan den gruppen med normal funktion och de två grupperna med nedsatt funktion (ibid.).

#### *Ålderns påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten*

Hög ålder kan vara en prediktion för sämre livskvalitet enligt tre av studierna (Khouli et al., 2019; Granja et al., 2005; Orwelius et al., 2008). Desto högre ålder desto sämre HRQoL över tid och fler antal dagar med en upplevd dålig mental hälsa hos tidigare intensivvårdspatienter redogjorde Khouli et al. (2019) i sin studie. Undersökningen utfördes på tidigare intensivvårdspatienter som var minst 65 år och äldre. Uppföljningen av studiedeltagarna skedde sex månader efter utskrivning där 297 studiedeltagares HRQoL mättes. Resultatet visade att åldersgruppen 86,3 år och äldre hade sämst hälsorelaterad livskvalitet över tid och fler dagar spenderade med både dålig mental samt fysisk hälsa. Samtidigt visade studien att de yngsta äldre utskrivna, åldrarna 65 – 69,3, hade en förbättrad HRQoL med färre dagar spenderade med dålig fysisk samt mental hälsa (Khouli et al., 2019).

Däremot uppvisade två studier (Griffith et al., 2018; De Rooij et al., 2008) en koppling mellan en god upplevd livskvalitet och hög ålder. Griffith et al. (2018) framhöll att det fanns en stark association mellan högre ålder och en bättre mental hälsa sex månader samt tolv månader efter utskrivning från intensivvårdsavdelning. Genom objektiva mätinstrument påvisade De Rooij et al. (2008), vilka har gjort en studie på 204 patienter som är minst 80 år, att den upplevda livskvaliteten vid uppföljningstillfället var likartad med en generell åldersmatchade population. Uppföljningen skedde vid minst ett år upp till sex år senare. Referensgruppen som användes i studien utgjordes av en åldersmatchad brittisk befolkning i åldrarna 80 år - 99 år som inte vårdats på en intensivvårdsavdelning. Däremot visade resultatet att studiedeltagarnas

subjektiva uppskattning av hälsa, uppmätt genom att använda en VAS-skala, var lägre än referensgruppens (ibid.).

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

De databaserna som användes för datainsamling var CINAHL och PubMed. I PubMed fick författarna fram flera relevanta studier vilket ledde till att totalt elva studier användes som underlag till litteraturstudiens resultat. En studie i CINAHL passade syftet, dock var den inte av tillräckligt hög kvalitet. Författarna sökte även i PsycInfo, men eftersom ”intensivvårdsavdelning” inte fanns som term valdes databasen bort. Samtliga relevanta abstrakt var tillgängliga i fulltext. Vid färdigställande av diskussionen genomförde författarna litteratursökning i databaserna igen för att undersöka om det tillkommit nya relevanta studier. Det hade inte tillkommit några nya studier relevanta för syftet. Studierna som valdes ut till litteraturstudien genomfördes i flera olika länder runt om i världen, både i och utanför Europa, vilket gör att litteraturstudiens resultat visar på ett globalt problem.

Samtliga studier som använts i denna litteraturstudie är av kvantitativ studiedesign. Kristensson (2017) redogör för betydelsen av ett stort urval i en kvantitativ studie för att urvalet skall kunna utgöra ett representativt stickprov för populationen. Denna typ av studiedesign har även som mål att dess slutsats ska kunna leda till generaliserbarhet tillbaka till populationen (ibid.) Därav valde författarna till denna litteraturstudie att använda sig av kvantitativa studier då vi anser att det är en fördelaktig att de använda studiernas mål är att dess resultatet skall vara generaliserbara tillbaka till populationen.

Initialt var litteraturstudiens syfte att undersöka vuxnas personers upplevelse av psykisk ohälsa efter att ha vårdats på en intensivvårdsavdelning. Därav användes sökord som “Mental Health” och ”Quality of life/psychology”. Efterhand som författarna granskade och läste olika studier blev det tydligt att nästan samtliga undersökte “Health-related Quality of Life” och inte enbart psykisk ohälsa. Därav ändrades litteraturstudiens syfte till den nuvarande. Eftersom litteratursökningen baserades på att undersöka psykisk ohälsa fanns risken att en del

relevanta studier om hälsorelaterad livskvalitet inte inkluderades i den ursprungliga sökningen. Å andra sidan, eftersom majoriteten av studierna som finnes i litteratursökning undersökte hälsorelaterad livskvalitet kan det tänkas att förlust av relevanta studier inte förändrade utfallet i litteraturstudiens resultat. En nackdel med litteratursökningen var åldersspannet hos studiedeltagarna, 18 år och uppåt. Upplevelsen och konsekvenserna efter IVA kan vara väldigt olika för en yngre patient jämfört med en äldre patient på grund av samsjuklighet hos de äldre. Av denna anledning kan det bli problematiskt att ha en åldersgrupp där samtliga vuxna patienter slås ihop till en studiepopulation.

## **Diskussion av framtaget resultat**

### *Hälsorelaterad livskvalitet*

Flera av studierna samlade inte in data för hur studiedeltagarnas hälsorelaterade livskvalitet var innan inskrivning på intensivvårdsavdelning (McKinley et al., 2016; Solverson., 2016; Alexopoulou et al., 2019; Granja et al., 2005; Griffith et al., 2018; De Rooij et al., 2008; Langerud et al., 2018; Niittyvuopio et al., 2019; Orwelius et al., 2008; McKinley et al., 2013). Det gör det svårare att dra slutsatsen att vårdandet på en intensivvårdsavdelning påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten efter utskrivning. En studie (Khouli et al., 2011) undersökte studiepopulationens HRQoL innan IVA retrospektivt. Inom fyra dagar efter inskrivning beskrev deltagarna hur den hälsorelaterade livskvaliteten var 30 dagar innan IVA. Samtidigt kan denna metod var problematisk eftersom det finns en stor risk för minnesfel och därför blir det svårt att lita på den typ av data.

Den hälsorelaterade livskvaliteten, både den mentala och fysiska livskvaliteten inkluderat, var sämre efter intensivvård för individerna vilket åtta av studierna framhöll (McKinley et al., 2013; Niittyvuopio et al., 2019; Langerud et al., 2018; Griffith et al., 2018; Alexopoulou et al., 2019; Solverson et al., 2016; Khouli et al., 2019; Granja et al., 2005). För att kunna främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017) bör den grundutbildade sjuksköterskan ha kunskap om den låga HRQoL som tidigare intensivvårdspatienter upplever. Sannolikt kommer före detta intensivvårdspatienter söka framtida vård för sin nedsatta hälsa, vilket kan ske på olika typer av vårdinstanser där grundutbildade sjuksköterskor arbetar.

Några av de tidigare intensivvårdspatienterna i studien av Alexopoulou et al. (2019) uppvisade en tydlig förbättring i sin HRQoL sex månader efter utskrivning jämfört med första uppföljningen tio dagar efter utskrivning. Dock var den påvisade förbättringen fortfarande på en lägre nivå i förhållande till den normativa populationen (ibid.). Även Langerud et al. (2018) framhöll att de tidigare IVA patienterna kan inneha en förbättrad mental livskvalitet efter ett år jämfört med tre månader efter utskrivning (ibid.). Dessa resultat kan tolkas med att patienternas HRQoL faktiskt förbättras efter en tid. Denna vetskap är av vikt för den grundutbildade sjuksköterskan. Det kan tala för och motivera hen i att påbörja hälsofrämjande åtgärder för tidigare intensivvårdspatienter, eftersom forskning har visat att det kan vara lönsamt för individen. Med rätt åtgärder kanske det inte behöver gå sex månader innan patienterna mår bättre? Studien av Granja et al. (2005) påvisade att en andel studiedeltagare upplevde en förbättrad livskvalitet, samtidigt som en andel upplevde en försämrad livskvalitet och några hade föredragit döden. Med detta i åtanke är det av stor betydelse att sjuksköterskan ser till varje person som en unik individ då den hälsorelaterade livskvaliteten upplevs olika individer emellan. Detta framhåller vikten av en personcentrerad vård, för att kunna stödja varje person i sin unika upplevelse av hälsa.

#### *Faktorer som kan påverka den hälsorelaterade livskvaliteten*

Resultatet framhöll att en högre ålder medför en sämre hälsorelaterad livskvalitet (Khouli et al., 2019; Granja et al., 2005; Orwelius et al., 2008). Khouli et al. (2019) belyste att de yngsta äldsta utskrivna från intensivvårdsavdelning hade en förbättrad HRQoL jämfört med de allra äldsta. Därav är det av stor vikt att den grundutbildade sjuksköterskan i mötet med dessa patienter förstår att åldern har en betydelse. Enligt Nygren och Lundman (2009) är en äldre och skörare kropp mer mottaglig för sjukdomar och har svårare att återhämta sig. Kroppen upplevs svagare av den äldre människan (ibid.), vilket kan bidra till en sämre hälsorelaterad livskvalitet redan innan inläggning på IVA. Det kan i sig leda till en högre risk för en låg HRQoL efter utskrivning. Samsjuklighet associerades med sämre fysisk hälsorelaterad livskvalitet vid både tre samt tolv månader. Även den mentala livskvaliteten var sämre vid ett år (Langerud et al., 2018). Komorbiditeten innan intensivvård har en koppling med nedsatt aptit, smärta, fatigue och andningssvårigheter tolv månader efter utskrivning uppvisade Griffith et al. (2008). Den äldre människan är skörare och blir lättare drabbade av flera sjukdomar samtidigt (Nygren & Lundman, 2009). Tillsammans med samsjukligheten och den höga åldern lider individen av en ännu större risk att uppleva en

sämre hälsorelaterad livskvalitet efter vård på en intensivvårdsavdelning. De eventuella symtom som kan uppstå enligt Griffith et al. (2008) bidrar till eventuell minskad mobilisering och intag av energigivande kost som är av stor betydelse för kroppens läkningsprocess och för att individen skall kunna uppleva en god hälsa samt livskvalitet.

Å andra sidan uppvisade två studier att hög ålder förknippades med en god upplevd hälsorelaterad livskvalitet efter intensivvård (Griffith et al., 2018; De Rooij et al., 2008). För patienter som var över 80 år var den upplevda HRQoL likartad med den generella åldersmatchade population enligt De Rooij et al. (2008). Studien av De Rooji et al. (2008) och studien av Griffith et al. (2018) är båda genomförda i Europa, vilka erbjuder lika vård till alla medborgare. Studien av Khouli et al. (2019) visade en försämrad hälsorelaterad livskvalitet för äldre tidigare intensivvårdspatienter. Studien genomfördes i USA. Författarna till litteraturstudien reflekterade kring anledningen till att studierna fått olika resultat. Vi resonerade om det möjligen kan bero på var i världen datainsamlingen skedde. Vårdssystemet ser inte likadant ut i USA som i Europa, eftersom patienterna i USA får den kvaliteten på vården som de har råd med. Kan detta vara anledningen till den påvisade skillnaden? Återigen reflekterade författarna över att skillnaden mellan studiernas resultat kring hur åldern påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten också kan bero på av vilken grund patienterna blev inlagda på avdelningen. En patient som exempelvis tidigare haft problem med sin höft, opereras med höftprotes, blir inlagd på IVA och sedan utskrivna kommer ha en förbättrad hälsa efteråt eftersom den tidigare höftproblematiken har blivit åtgärdad. Men en patient som varit frisk och sedan blir inlagd på IVA på grund av akut svår sjukdom kommer att uppleva en sämre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med den förstnämnda patienten.

Flertalet studier påvisade att sämre sömnkvalitet var ett problem för tidigare intensivvårdspatienter (McKinley et al., 2013; Orwelius et al., 2008; Granja et al., 2005; Alexopoulou et al., 2019; Solverson et al., 2016). En av dessa studier visade att majoriteten av studiepopulation led av försämrad sömnkvalitet under vårdtiden på IVA (McKinley et al., 2013). Granja et al. (2005) framhöll bland annat att högljudd miljö på avdelning uppfattades som särskilt stressfullt och svårhanterliga. I likhet med Granja et al. (2005) belyste Darbyshire och Young (2013) och Meriäinen et al. (2012) att hög ljudnivå, exempelvis skrik från andra patienter eller ljud från utrustning, var ett problem på intensivvårdsavdelningar. Det kan diskuteras hur betydelsefull vårdmiljön faktiskt är för de inneliggande patienterna. Högljudd vårdmiljö kan göra det svårt för patienterna att kunna somna samt upprätthålla en god sömn



under natten. En vårdmiljö som uppfattas negativ av patienter kan i sin tur ha långsiktiga konsekvenser på deras hälsa även efter att ha blivit utskrivna från sjukhuset.

Det visade sig att endast en av studierna undersökte symtomet mardrömmar (Granja et al. 2010). Studieresultatet påvisade att majoriteten av studiedeltagarna hade mardrömmar och drömmar under vistelsen på IVA. Flera av deltagarna upplevde även mardrömmar och drömmar sex månader efter utskrivning (ibid.). Ytterligare en studie framhöll att merparten av deltagarna hade antingen ångest, depression eller posttraumatiskt stressyndrom efter utskrivning från IVA (Huang et al., 2016). Hur kommer det sig att resterande studier inte har undersökt förekomsten av mardrömmar och drömmar när andra forskare har påvisat att det är ett stort bekymmer hos majoriteten av sina studiedeltagare? Finns det bristande kunskap? Författarna till denna litteraturstudie finner det som en svaghet att resterande studier i resultatet inte undersökte förekomsten av mardrömmar och drömmar hos sin studiepopulation.

#### *Resultatet i relation till Covid-19*

Resultatet i denna litteraturstudie kan diskuteras i relation till rådande Covid-19-pandemi. På grund av pandemin rådde det under lång tid besöksförbud för anhöriga på sjukhusen runt om i Sverige, intensivvårdsavdelningar inkluderat. Det har även varit en stressande och påfrestande arbetsmiljö för de sjuksköterskor som arbetar på avdelningarna. Konsekvenserna av detta kan diskuteras i relation till studierna av Niittyvuopio et al. (2019) och Meriläinen et al. (2012). Studierna påvisade att färre besök av släktingar kunde leda till försämrat mentalt välbefinnande efter utskrivning (Niittyvuopio et al., 2019) samt att bristen på kommunikation med sjuksköterskor upplevdes som ett problem för patienterna (Meriläinen et al., 2012). Med tanke på att patienter som vårdas på sjukhus oavsett orsak inte får besök av släktingar kan det eventuellt resultera i en högre risk för dessa patienter att drabbas av ett sämre mentalt välbefinnande flera månader efter utskrivning. Det kan också diskuteras på vilket sätt den stressande arbetsmiljön för sjuksköterskorna påverkar deras förmåga till att finnas där som stöd för sina patienter och hur mycket utrymme och tid det finns för att samtal och kommunikation med patienterna. Även detta skulle eventuellt kunna leda till konsekvenser för patienternas upplevelse av sin vårdtid på intensivvårdsavdelning.

### *Resultatet i relation till vald omvårdnadsteori*

Utfallet från denna litteraturstudie belyser att fastän det inte finns några objektiva tecken på sjukdom kan personen själv uppleva ohälsa, likt position C i hälsans huvudpositioner enligt Eriksson (2014). I enlighet med sjukdomssymtomsindikatorn (ibid.) har de utskrivna intensivvårdspatienterna en icke objektiv förekomst av ohälsa, då patienterna inte är i behov av vård längre och är utskrivna från sjukhus. Detta samtidigt som patienternas egen upplevelse, känslindikatorn, påvisar en sämre hälsorelaterad livskvalitet.

Sjukdomssymtomsindikatorn tillsammans med känslindikatorn skapar position C i hälsokorset enligt Eriksson (2014); inga objektiva tecken på sjukdom men personen själv upplever ohälsa (ibid.). Detta indikerar för att det finns flera dimensioner av hälsa, inte enbart en objektiv förekomst eller icke förekomst av sjukdom eller ohälsa. Den objektiva hälsan kan både vara beroende och oberoende för den upplevda hälsan.

De olika dimensionerna av hälsa och hur den upplevda hälsan kan både vara oberoende samt beroende av den fysiska hälsan är något vi måste vara medvetna om i vår framtida profession som sjuksköterskor. Vart vi än jobbar; psykiatri, akutmottagning eller på en vårdcentral kommer vi möta personer som tidigare fått intensivvård och vi måste veta hur vi ska bemöta dessa patienter utefter deras egna behov. Behov som kanske inte syns objektivt men upplevs psykiskt, likt position C i hälsans huvudpositioner enligt Eriksson (2014).

### **Slutsats och kliniska implikationer**

Litteraturstudien kan vara till god hjälp för att öka kunskapen och bringa förståelse hos grundutbildade sjuksköterskor kring hälsorelaterad livskvalitet hos tidigare intensivvårdspatienter. Kunskapen kan hjälpa hen i arbetet att främja hälsa och lindra lidande hos patienter. I likhet med Katie Erikssons omvårdnadsteori visar litteraturstudien att sjuksköterskan behöver vara medveten om att den upplevda hälsan både kan vara beroende och oberoende av den fysiska hälsan. Sjuksköterskans medvetenhet om detta är av betydelse för att kunna arbeta med uppföljningar av hälsan hos tidigare intensivvårdspatienter, samt för möjligheten att ge varje enskild individ en personcentrerad vård i ett tidigt skede. På grund av Covid-19 har allt fler människor vårdats på intensivvårdsavdelning under år 2020, vilket gör att resultatet av litteraturstudien är av stor betydelse eftersom allt fler personer kommer att

drabbas av ohälsa efter vårdtiden på IVA. För att få en djupare kunskap föreslås vidare forskning kring hur hälsorelaterad livskvalitet påverkas beroende på personens ålder, vilken betydelse vårdmiljön på intensivvårdsavdelningar har för hälsan samt vilka åtgärder som skulle kunna förbättra personens hälsorelaterade livskvalitet.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Arbetsfördelningen har varit jämbördig under hela processen och författarna har varit lika delaktiga i litteraturstudien. Sökning i de olika databaserna utfördes enskilt där samtliga titlar lästes tillsammans. De utvalda abstrakten lästes enskilt samt de utvalda artiklarna. Författarna diskuterade därefter tillsammans relevansen av artiklarna och kvalitetsgranskningen skedde gemensamt. Resultatet och diskussionen skrevs kontinuerligt i samspel av båda författarna.

## Referenser

- Ahmed, H., Patel, K., Greenwood, D., Halpin, S., Lewthwaite, P., Salawu, A., Eyre, L., Breen, A., O'Connor, R., Jones, A., & Sivan, M. (2020). Long-term clinical outcomes in survivors of severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreaks after hospitalization or ICU admission: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(5). DOI: 10.2340/16501977-2694
- Alexopoulou, C., Bolaki, M., Akoumianaki, E., Erikmaki, S., Kondili., Mitsias, P., & Georgopoulos, D. (2019). Sleep quality in survivors of critical illness. *Sleep & Breathing = Schlaf & Atmung*, 23(2), 463-471. DOI: 10.1007/s11325-018-1701-z
- Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. (2020). *Coronapandemin och psykisk hälsa En prognos om kort- och långsiktiga effekter*. Region Stockholm. Hämtad från [https://ces.sll.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-psykisk-halsa---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter\\_uppdaterad-2020-04-28.pdf](https://ces.sll.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-psykisk-halsa---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter_uppdaterad-2020-04-28.pdf)
- Choi, J., Hoffman, L. A., Schulz, R., Tate, J. A., Danahoe, M. P., Ren, D., Given, B. A., & Sherwood, P. R. (2014). Self-Reported Physical Symptoms in Intensive Care Unit (ICU) Survivors: Pilot Exploration Over Four Months Post-ICU Discharge. *Journal of Pain And Symptom Management*, 47(2), 257-270. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.03.019
- Darbyshire, J. L., & Young, J. D. (2013). An investigation of sound levels on intensive care units with reference to the WHO guidelines. *Critical Care*, 17(5), R187. DOI: 10.1186/cc12870
- De Rooji, S. E. J. A., Govers, A. C., Korevaar, J. C., Giesbers, A. W., Levi, M., & De Jonge, E. (2008). Cognitive, Functional, and Quality-of-life Outcomes of Patients Aged 80 and Older Who Survived at Least 1 Year After Planned or Unplanned

Surgery or Medical Intensive Care Treatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(5), 816-822. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.01671.x

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. (5:e uppl.). Liber.

Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., Carneiro, A., & JMIP Study Group (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9(2), R96-R109. DOI: 10.1186/cc3026

Griffith, D. M., Salisbury, L. G., Lee, R. J., Lone, N., Merriweather, J. L., Walsh, T. S., & RECOVER Investigators. (2018). Determinants of Health-Related Quality of Life After ICU: Importance of Patient Demographics, Previous Comorbidity, and Severity of Illness. *Critical Care Medicine*, 46(4), 594-601. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002952

Hong, Q., Pluye, P., Fabregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O' Cathain, A., Rousseau, M-C., Vedel, I. (2018). Mixed Method Appraisal Tool. Hämtad 2020-11-17 från [http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT\\_2018\\_criteria-manual\\_2018-08-01\\_ENG.pdf?fbclid=IwAR3eMCBSaARr84blyF2vaoH5-uDb6EJfpH5TU8pZpBdXSGS5njSU9S-V3OM](http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf?fbclid=IwAR3eMCBSaARr84blyF2vaoH5-uDb6EJfpH5TU8pZpBdXSGS5njSU9S-V3OM)

Huang, M., Parker, A. M., Bienvenu, O. J., Dinglas, V. D., Colantuoni, E., Hopkins, R. O., & Needham, D. M. (2016). Psychiatric Symptoms in Acute Respiratory Distress Syndrome Survivors: A One-Year National Multi-Center Study. *Critical Care Medicine*, 44(5), 954-965. DOI: 10.1097/CCM.0000000000001621

Johansson, L., Bergbom, I., Wayne, K. P., Ryherd, E., & Lindahl, B. (2012). The sound environment in an ICU patient room--a content analysis of sound levels and patient experiences. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(5), 269-279. DOI: 10.1016/j.iccn.2012.03.004

- Khoulil, H., Astua, A., Dombrowski, W., Ahmad, F., Homel, P., Shapiro, J., Singh, J., Nallamothe, R., Mahbub, H., Eden, E., & Delfiner, J. (2011). Changes in health-related quality of life and factors predicting long-term outcomes in older adults admitted to intensive care units. *Critical Care Medicine*, 39(4), 731-737. DOI: 10.1097/CCM.0b013e318208edf8
- Kristensson, J. (2017) *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Studentlitteratur.
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. (SFS 2003:460). Utbildningsdepartementet. Hämtad från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
- Langerud, A. K., Rustøen, T., Småstuen, M. C., Kongsgaard, U., & Stubhaug, A., & Solari, A. (2018). Health-related quality of life in intensive care survivors: Associations with social support, comorbidity, and pain interference. *PLOS One*, 13(6). DOI: 10.1371/journal.pone.0199656
- Langerud, A. K., Rustøen, T., Småstuen, M. C., Kongsgaard, U., & Stubhaug, A. (2018). Intensive care survivor-reported symptoms: a longitudinal study of survivors' symptoms. *Nursing in Critical Care*, 23(1), 48–54. DOI: 10.1111/nicc.12330
- Lundberg, D. (2012). Intensivvårdsetik. I A. Larsson & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård* (2:a uppl. s.18-27). Liber.
- McKinley, S., Fien, M., Elliott, R., & Elliott, D. (2013). Sleep and psychological health during early recovery from critical illness: An observational study. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(6), 539-545. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.09.007
- McKinley, S., Fien, M., Elliott, R., & Elliott, D. (2016). Health-related quality of life and associated factors in intensive care unit survivors 6 months after discharge. *American Journal of Critical-Care Nurses*, 35(1), 52-58. DOI: 10.4037/ajcc2016995

- Meriläinen, M., Kyngäs, H., & Ala-Kokko, T. (2013) Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(2), 78-87. DOI: 10.1016/j.iccn.2012.05.003
- Nygren, B., & Lundman, B. (2009). Åldrande och att vara gammal. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt* (s. 177-198). Studentlitteratur.
- Myhren, H., Ekeberg, Ø., & Stokland, O. (2010). Health-related quality of life and return to work after critical illness in general intensive care unit patients: A 1-year follow-up study. *Critical Care Medicine*, 38(7), 1554-1561
- Niittyvuopio, M., Liisanantti, J. H., Pikkupeura, J., Spalding, M. B., Sälkiö, S., & Ala-Kokko, T. I. (2019). Factors associated with impaired physical functioning and mental health in working-age patients attending a post-intensive care follow-up clinic three months after hospital discharge. *Anaesthesia and Intensive Care*, 47(2), 160-168. DOI: 10.1177/0310057X19838910
- Orwelius, L., Nordlund, A., Nordlund, P., Edéll-Gustafsson, U., & Sjöberg, F. (2008). Prevalence of sleep disturbances and long-term reduced health-related quality of life after critical care: a prospective multicenter cohort study. *Critical Care*, 12(4), R97. DOI: 10.1186/cc6973
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10:e upplagan). Wolters Kluwer.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken - etik för vårdande yrken* (2:a uppl.). Studentlitteratur.
- Solverson, K. J., Easton, P. A., & Doig, C. J. (2016). Assessment of sleep quality post-hospital discharge in survivors of critical illness. *Respiratory Medicine*, 114, 97-102. DOI: 10.1016/j.rmed.2016.03.009
- Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering. (12 april 2012). *Viktigt men svårt att mäta livskvalitet*. Hämtad 2020-12-15 från

<https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Granskningsmallar*. Hämtad 2020-11-17 från <https://www.sbu.se/contentassets/886fcb546f7f4b3b8ba3d1bdce9367d3/bilaga-2-granskningsmallar.pdf>

Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering. (3 november 2020). *Fakta om PTSD*. Hämtad 2020-12-15 från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/skrifter-och-faktablad/fakta-om-ptsd/>

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård & Svenska Intensivvårdssällskapet. (2015). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård. Hämtad från [https://sfai.se/wpcontent/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivvård\\_-rev-2015.pdf](https://sfai.se/wpcontent/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivvård_-rev-2015.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Indikationer för hälsofrämjande omvårdnad*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/download/18.21c1e38d17597745926152b7/1605099815288/Indikatorer%20f%C3%B6r%20h%C3%A4lsofr%C3%A4mmande%20omv%C3%A5rdnad.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Svenska Intensivvårdsregistret. (2 januari 2021). *Covid-19 i svensk intensivvård*. Hämtad 2021-01-02 från [https://www.icuregswe.org/data--resultat/covid-19-i-svensk-intensivvard/faktablad/coronapandemin-och-psykisk-halsa---en-prognos-om-kort--och-langsigtiga-effekter\\_uppdaterad-2020-04-28.pdf](https://www.icuregswe.org/data--resultat/covid-19-i-svensk-intensivvard/faktablad/coronapandemin-och-psykisk-halsa---en-prognos-om-kort--och-langsigtiga-effekter_uppdaterad-2020-04-28.pdf)



World Health Organization. (u.å). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Hämtad 2020-12-15 från <https://www.who.int/toolkits/whoqol>

World Medical Association. (9 juli 2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subject*. Hämtad 2020-12-15 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

## Bilaga 1

Studie	Syfte	Inklusionskriterier/Exklusionskriterier	Studiedesign	Resultat	Kvalité
Niityvuopio et al. (2019) Finland	Fastställa vilka faktorer som kan associeras med nedsatt fysisk funktion och/eller nedsatt mental hälsa tre månader efter utskrivning från IVA hos patienter i arbetsför ålder	Inklusionskriterier: 18-65 år, boendes hemma efter utskrivning, vårdlängd på intensivvårdsavdelning mer än fyra dagar Exklusionskriterier: hjärtopererade patienter, patienter med en allvarlig psykiatrisk diagnos, patienter med alkohol- eller drogberoende, patienter som var oförmögna att kommunicera eller samarbeta	Mixed Method Study	Sämre hälsorelaterad livskvalitet hos tidigare intensivvårdspatienter. Den hälsorelaterade livskvaliteten kan påverkas av vilka minnen och upplevelser har från vårdtiden på IVA.	Hög
Khouli et al. (2011) USA	Fastställa prediktioner för överlevnad efter utskrivning från sjukhus samt beskriva intensivvårdens påverkan på hälsorelaterad livskvalitet sex månader efter utskrivning från sjukhus hos äldre vuxna patienter	Inklusionskriterier: 65 år och äldre, vårdlängd på intensivvårdsavdelning längre än 24 timmar. Exklusionskriterier: patienter, närstående eller näta vårdgivare som inte ville delta eller att det inte fanns någon närstående eller nära vårdgivare tillgänglig	Prospektiv longitudinell studie	Hög ålder kan vara en prediktion för försämrad livskvalitet hos äldre tidigare intensivvårdspatienter.	Hög
McKinley et al. (2013) Australien	1. Utvärdera patienters självrapporterade sömnkvalitet på intensivvårdavdelning	Inklusionskriterier: 18 år och äldre, vårdlängd på intensivvårdsavdelning två minst två nätter, förmåga att ge samtycke, förstå engelska,	Prospektiv observationsstudie	Sämre hälsorelaterad livskvalitet hos tidigare	Hög

	<p>ning, på vårdavdelningen efter intensivvårdsavdelning, två månader samt sex månader efter utskrivning från sjukhus</p> <p>2. Utvärdera huruvida patienter som rapporterade sömnsvårigheter på intensivvårdsavdelning även rapporterade sömnsvårigheter vid tillfrisknande.</p> <p>3. Utvärdera huruvida prehospital insomni, upplevelser på intensivvårdsavdelning, livskvalitet och psykisk hälsa kan associeras med sömnsvårigheter sex månader efter utskrivning från sjukhus.</p>	<p>adekvat syn och hörsel, utskrivningsklar från intensivvårdsavdelning till en vanlig vårdavdelning, Exklusionskriterier: Känd sjukdomshistorik av sömnstörning, behandling som omöjliggjorde behandling, vård i livets slutskede, isoleringsvård på grund av multiresistenta organismer.</p>		<p>intensivvårdspatienter. Försämrad sömnkvalitet hos de personer som vårdats på intensivvårdsavdelning. Försämrad prehospital sömn, minskad medvetenhet om sin omgivning på intensivvårdsavdelningen, lägre mental och fysisk hälsa, depression, ångest, stress samt posttraumatisk stressyndrom ökade sannolikheten att drabbas av sämre sömnkvalitet.</p>	
<p>Orwelius et al. (2008) Sverige</p>	<p>1. Undersöka sönmönster sex månader samt tolv månader efter kritisk sjukdom. 2. Undersöka relationen mellan sömnsvårigheter</p>	<p>Inklusionskriterier: 18år-74år, vårdlängd på intensivvårdsavdelning minst 24 timmar, vid liv sex månader efter utskrivning</p>	<p>Prospektiv longitudinell studie</p>	<p>Den mentala livskvaliteten var sämre ett år efter utskrivning från intensivvårdsavdelning. Hög ålder kan vara en prediktion för</p>	<p>Hög</p>

	och hälsorelaterad livskvalité. 3. Bringa kunskap huruvida samsjuklighet och faktorer relaterat till intensivvård påverkar sömnmönstret hos en grupp intensivvårdspatienter			försämrad hälsorelaterad livskvalitet. 41 procent rapporterade sömnsvårigheter sex månader efter utskrivning vilket även kunde associeras med en försämrad livskvalitet. Tidigare intensivvårdsavdelning har en högre sannolikhet att lida av försämrad sömn. Samsjuklighet ökade svårigheten att somna och försämrade sömnkvaliteten.	
de Rooij et al. (2008) Nederländerna	Undersöka långsiktiga kognitiva och funktionella utfall hos äldre överlevare ett till sex år efter utskrivning från intensivvårdsavdelning	Inklusionskriterier: patienter över 80 år som blev inlagda på en medicinsk-kirurgisk intensivvårdsavdelning. Alla patienter som var vid liv ett till sex år efter intensivvård inkluderades.	Retrospektiv kohortstudie	Objektiv mätning visade att hög ålder associerades med en god hälsorelaterad livskvalitet hos tidigare intensivvårdspatienter, dock visade subjektiva mätningar att de tidigare intensivvårdspatienter hade en sämre hälsorelaterad livskvalitet jämfört	Hög

				med en referensgrupp.	
Granja et al. (2005) Portugal	1. Samla in data kring patienters upplevelser under vårdtiden på intensivvårdsavdelning 2. Hur dessa minnen korreleras med hälsorelaterad livskvalitet	Inklusionskriterier: 18 år och äldre	Prospektiv observationsstudie	Studien påvisade en försämrad hälsorelaterad livskvalitet hos tidigare intensivvårdspatienter, dock fanns det även en förbättring hos en del av studiedeltagarna sex månader efter utskrivning. Hälsorelaterad livskvalitet kunde påverkas av en försämrad sömn hos tidigare intensivvårdspatienter samt av vilka minnen och upplevelser patienterna hade från vårdtiden. Majoriteteten av studiedeltagarna upplevde drömmar och mardrömmar under vårdförloppet. Hög ålder kunde vara en prediktion för en försämrad livskvalitet.	Hög
Alexopoulou et al.	1. Undersöka sömnsstörd andning och	Inklusionskriterier: 18-80år, intubering och mekanisk ventilation i minst 48 timmar	Prospektiv longitudinell	En sämre hälsorelaterad livskvalitet hos	Hög

(2019) Grekland	sömmönstret hos överlevare från kritisk sjukdom inom 10 dagar samt 6 månader efter utskrivning från sjukhuset. 2. Undersöka huruvida sömnproblem påverkar livskvaliteten.	på intensivvårdsavdelning, poängsumma 15 på Glasgow Coma Scale vid utskrivning, förväntad livslängd mer än ett år. Exklusionskriterier: bakomliggande kända sömnstörningar, kronisk neuromuskulär sjukdom, kronisk restriktiv lungsjukdom, psykiatrisk diagnos, hyperkapni, hypoxemi.	observationss tudie	tidigare intensivvårdspatienter. Sömnkvaliteten påverkades hos tidigare intensivvårdspatienter. Försämrad sömnkvaliteten kunde associeras med en försämrad hälsorelaterad livskvalitet.	
Solverson et al. (2016) Kanada	1. Undersöka sömnkvaliteten hos kritiskt sjuka överlevare tre månader efter utskrivning från sjukhus genom actigraphy samt enkäter. 2. Fastställa huruvida patienters sömnkvalitet efter kritiskt sjukdom var associerad med hälsorelaterad livskvalitet, ångest, depression eller andra riskfaktorer.	Inklusionskriterier: 18 år och äldre, vårdlängd på intensivvårdsavdelning minst fyra dagar. Exklusionskriterier: traumatisk hjärnskada, bakomliggande neurokognitiva sjukdomar, akut stroke, boende utanför Calgary	Prospektiv longitudinell kohortstudie	En sämre sömnkvalitet kunde associeras med en sämre hälsorelaterad livskvalitet. Fragmenterad sömn under natten och dagtrötthet kan vara ett problem för tidigare intensivvårdspatienter.	Hög
Griffith et al. (2018) Skottland	Beskriva den hälsorelaterade livskvaliteten tolv månader efter utskrivning från intensivvårdsavdelning: att	Inklusionskriterier: 48 timmar av kontinuerlig mekanisk ventilation på intensivvårdsavdelning, utskrivningsklara från intensivvårdsavdelning. Exklusionskriterier: känd primär neurologisk diagnos	Kohortstudie inom en prospektiv randomiserad studie	En sämre mental hälsa samt en sämre fysisk livskvalitet påvisades hos tidigare intensivvårdspatienter.	Hög

	<p>identifiera patienter vars hälsorelaterad livskvalitet försämras eller inte förbättras mellan tre månader och tolv månader efter intensivvård, att undersöka betydelsen av patienters demografi, pre-hospitala sjukdomar och svårighetsgrad av sjukdom för den hälsorelaterade livskvaliteten efter intensivvård samt utvärdera hur väl dessa överensstämmer med utfall som framkommit i studien.</p>	<p>vid inskrivning, vård i livets slutskede, patienter som får ventilationshjälp i hemmet, patienter som planerades att skrivas ut till ett sjukhus där studien ej kunde genomföras, samtycke kunde inte ges, patienter som deltog i en annan liknande RCT-studie, yngre än 18 år gamla</p>		<p>Samsjuklighet påverkade den hälsorelaterade livskvaliteten. Hög ålder associerades med en bättre mental hälsa.</p>	
<p>McKinley et al. (2016) Australien</p>	<p>Beskriva den hälsorelaterade livskvaliteten sex månader efter att ha vårdats på intensivvårdsavdelning samt identifiera associerande faktorer.</p>	<p>Inklusionkriterier: 18 år och äldre, vårdlängd på intensivvårdsavdelning minst två nätter, adekvat syn och hörsel, förståelse i engelska, utskrivningsklara, förmåga att ge samtycke. Exklusionskriterier: kända bakomliggande sömnstörningar, vård i livets slutskede</p>	<p>Prospektiv observationssstudie</p>	<p>Minnen och upplevelser från tiden på intensivvårdsavdelning kunde påverka den hälsorelaterade livskvaliteten.</p>	<p>Hög</p>

Langerud et al. (2018) Norge	Undersöka en möjlig association mellan socialt stöd, smärta och samsjuklighet och den hälsorelaterade livskvaliteten tre månader samt ett år efter intensivvård.	Inklusionskriterier: 18 år och äldre, vårdlängd på intensivvårdsavdelning minst 48 timmar, läs- och skrivkunnighet, förstående i norska. Exklusionskriterier: nedsatt kognitiv funktion, vård i livets slutskede	Explorativ longitudinell observationsstudie	En sämre hälsorelaterad livskvalitet hos tidigare intensivvårdspatienter. Hälsorelaterade livskvaliteten kunde påverkas av samsjuklighet.	Hög
------------------------------	--	---	---	--	-----