



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

MINNEN AV INTENSIVVÅRDEN HOS VENTILATORVÅRDADE PATIENTER MED DAGLIGA SEDERINGSAVBROTT OCH TIDIG AKTIV MOBILISERING

En kvalitativ studie med öppna
forskningsintervjuer

Louise Lundholm

Carolina Norén

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård/ Examensarbete för magister i omvårdnad 15 högskolepoäng/Examensarbete OM5330
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2015
Handledare:	Margareta Warrén Stomberg
Examinator:	Mona Ringdal

Abstract

Titel:	Minnen av intensivvården hos ventilatorvårdade patienter med dagliga sederingsavbrott och tidig aktiv mobilisering - En kvalitativ studie med öppna forskningsintervjuer.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård/ Examensarbete för magister i omvårdnad 15 högskolepoäng/Examensarbete OM5330
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år	Vt 2015
Handledare	Margareta Warrén Stomberg
Examinator:	Mona Ringdal
Nyckelord:	Intensive Care, Memory, Cognition, sedation, mobilization

Bakgrund:	Antalet patienter som överlever kritisk sjukdom idag ökar och deras minnen från intensivvårdsvistelsen kan vara diffusa och svårhanterliga. För att förbättra kunskapen om patienternas minnen av intensivvårdsvistelsen då sederingsavbrott och tidig aktiv mobilisering tillämpats behövs en kartläggning över vad patienter minns.
Syfte:	Belysa vad patienter med sederingsavbrott och tidig aktiv mobilisering minns av intensivvårdstiden då de ventilatorbehandlats.
Metod:	Studien baseras på en kvalitativ metod med öppna intervjuer av nio före detta intensivvårdade patienter. Analysen har gjorts med hjälp av manifest och latent innehållsanalys.
Resultat:	I analysen framkom tre kategorier av minnen; orientering, trygghet och kontroll, följt av två subkategorier under kategorin trygghet; anhöriga och vårdpersonal. Det övergripande tema som framkom var minnesfragment från en förlorad tidsuppfattning med olika fragmentella minnesbilder av intensivvårdsvistelsen. Patienterna hade behov av att bli reorienterade, att känna trygghet genom närvaro av anhöriga och vårdpersonal samt att återfå kontroll.
Slutsats:	Patienter med sederingsavbrott och tidig aktiv mobilisering har en fragmentell minnesbild av sin intensivvårdsvistelse. Behandlingsstrategierna gav möjlighet för patienterna att reorientera sig, återfå kontroll och känna sig trygga. Patienterna hade bara positiva minnen från sängcyklingen och de uppskattade att vara mer vakna då de kunde ta del av omgivningen.

Abstract

Title: Memories of mechanical ventilated patients in the ICU receiving daily interruptions of sedatives and early active mobilization – a qualitative study with open-ended interview questions.

Essay: 15 hp

Program and course: Critical care program/ Exam for master program in nursing care, 15 points/Exam program code OM5330

Level: Advanced

Term/year: Spring, 2015

Tutor: Margareta Warrén Stomberg

Examiner: Mona Ringdal

Keywords: Intensive Care, Memory, Cognition, sedation, mobilization

Background: The number of patients that survives critical care is increasing and their memories can be elusive and hard to handle. To increase the knowledge of patients' memories from the critical care stay when daily sedation interruptions and early active mobilization has been used the patients memories need to be charted.

Aim: To clarify what intensive care patients with daily interruptions of sedation and early active mobilization remembers of the critical care stay when being mechanical ventilated.

Method: This study is based on a qualitative method with open-ended interview questions from nine former intensive care patients have been analysed with the help of manifest and latent content analyse.

Result: In the analysis three categories of memories emerged; orienting, feeling safe and control, followed of two subcategories under the category feeling safe; health care providers and family members. The overall theme that emerged was fragmental memories from a lost time perception with different fragmental memories from the critical care stay. Patients had a need to be reoriented, to feel safe with help of family members and health care providers and to regain control.

Conclusion: Patients with interruption of sedatives and early active mobilization has fragmental memories from the intensive care. These treatment strategies gave the opportunity for patients to reorient themselves, regain control and feel safe. Patients had nothing but positive memories from bed cycling and estimated to be more awake when they could take part of the surroundings.

Förord

Denna magisteruppsats är skriven vid Göteborgs universitet under våren 2015. Det har varit lärorikt och intressant att få fördjupa sig i patienternas minnen från intensivvårdsvistelsen. Det har även varit roligt att fått vara en del av ett större forskningsprojekt.

Vi vill rikta vår tacksamhet mot patienterna som deltog i denna studie. Vi vill även tacka Margareta Warrén Stomberg, för all handledningen under arbetets utformande.

Göteborg, 2015-05-22

Louise Lundholm

Carolina Norén

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Intensivvårdssjuksköterskans profession.....	2
Minne och kognition	3
Effekter av sederingsavbrott.....	4
Mobilisering av ventilatorvårdade patienter	6
Senaste forskningen.....	7
Problemformulering	9
Syfte	10
Metod	10
Urval	10
Datainsamling.....	11
Analys.....	11
Etiska ställningstaganden.....	13
Resultat	15
Orientering.....	15
Trygghet.....	16
<i>Anhöriga</i>	16
<i>Vårdpersonal</i>	16
Kontroll	17
Minnesfragment från en förlorad tidsuppfattning.....	18
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Slutsats och klinisk användbarhet.....	25
Referenslista	27
Bilaga	

Inledning

På Sveriges intensivvårdsavdelningar har totalt 254 625 patienter vårdats under de senaste sex åren varav 40 065 patienter under år 2013 och antalet patienter ökar stadigt enligt Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) (Svenska Intensivvårdsregistret, 2014). Intensivvården har de senaste fyrtiofem åren tagit stora kliv framåt i sin utveckling av behandlingsmetoder vilket har resulterat i en minskad mortalitet (Strøm & Toft, 2011). De patienter som överlever livshotande sjukdom idag drabbas ofta av nedsatt kognition, fysisk- eller psykisk ohälsa. För att ge denna patientgrupp en bättre hälsa inriktas omvårdnaden allt mer på en tidig aktiv mobilisering (Doherty & Steen, 2010), i kombination med en minskad sederingsgrad (Strøm, Martinussen, & Toft, 2010). Detta har visat sig ha positiva effekter på vårdtiden och patienternas återhämtning (Doherty & Steen, 2010; Kayambu, Boots, & Paratz, 2013; Strøm et al., 2010). I denna studie är målet att utifrån patienternas perspektiv undersöka vad de minns av intensivvårdstiden då de genomgått dagliga sederingsavbrott och tidig aktiv mobilisering.

Bakgrund

Intensivvårdssjuksköterskans profession

Sedan år 2001 är intensivvårdssjuksköterskan en skyddad yrkesbeteckning, vilket innebär att intensivvårdssjuksköterskan har avlagt en examen på avancerad nivå med inriktning mot intensivvård (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2012). År 1952 etablerades den första svenska intensivvårdsavdelningen i Borås. Den stora polioepidemin tros ha påskyndat etableringen av intensivvården i Sverige (Bauer, 1992). Intensivvårdens utveckling har ändrat fokus och handlar idag inte enbart om att behandla redan uppkommen organsvikt utan även om att arbeta förebyggande. Intensivvårdssjuksköterskan arbetar i en högteknologisk miljö där omhändertagandet av den akut sjuka patienten inte enbart handlar om kunskap om fysiologiska och patofysiologiska tillstånd utan även om kurativa, rehabiliterande och palliativa omvårdnadsåtgärder (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2012).

Ringdal, Plos, och Bergbom (2008) belyser i sin studie att det finns ett behov av att förbättra intensivvårdssjuksköterskans omvårdnadsåtgärder. Det har visat sig att patienterna har svårt att urskilja vad som är verkligt eller inte under intensivvårdsvistelsen. Intensivvårdssjuksköterskan behöver därför förbättra sin förmåga att visa omtänksamhet genom att intressera sig mer i att försöka förstå patienternas överkliga värld med deras vanföreställningar, minnen och rädslor. Det är även viktigt att intensivvårdssjuksköterskan talar om för närstående att deras närvaro har betydelse för patientens förmåga att förankra sig till verkligheten (Ringdal et al., 2008). I intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning beskrivs även vikten av att integrera närstående i vården av patienten (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2012).

Redan år 1992 beskrev Jenny och Logan (1992) betydelsen av personcentrerad vård och visade på att intensivvårdssjuksköterskor som hade en god kännedom om patienterna resulterade i att patienterna fick en mer framgångsrik urträning ur ventilatorn och en kortare vårdtid på intensivvårdsavdelningen. Även Tanner, Benner, Chesla, och Gordon (1993) belyste vikten av att känna patienten som en viktig del i omvårdnaden. Dessa tidiga forskningsrön återfinns idag i intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning där det bland annat står att intensivvårdssjuksköterskan ska arbeta utefter utarbetade riktlinjer för att tillgodose patientens individuella behov utifrån bland annat patientens sederingsgrad, bedömning av mobiliserbarhet och behov av smärtlindring (Riksföreningen för anestesi och

intensivvård, 2012). Radwin (1996) visade tidigt att det fanns tre bidragande faktorer till att främja en individanpassad vård. Dessa var intensivvårdssjuksköterskans tidigare erfarenhet av att vårda patienter på intensivvården samt tiden hos och intimiteten med patienten.

Minne och kognition

Minne är ett komplext begrepp som det finns ett flertal definitioner för. Ett minne är ur ett psykologiskt perspektiv ett sätt att lagra, bevara, involvera, koda och inhämta information (Tulving, 2002). Innebörden av ordet minne är enligt Mendelson och Foley (1956) det som möjliggör lagring av information från ett tillfälle till ett annat.

Kognition är en psykologisk term och ett samlingsbegrepp för människans mentala och viljestyrda processer som innefattar kunskap, tänkande och information. I klassisk psykologi är kognition en av de tre begrepp som tillsammans är med och styr människans psyke (Allwood & Malmgren, 2012). Patienter på intensivvårdsavdelningar löper stor risk att utveckla kognitiva nedsättningar efter kritisk sjukdom (Torgersen, Hole, Kvale, Wentzel-Larsen, & Flaatten, 2011). I studien av Buanes et al. (2015) sågs kognitiva nedsättningar hos mer än en fjärdedel av patienterna som genomgått ett hjärtstopp. Undersökningen i studien utfördes fyra år efter insjuknandet och korttidsminnet var det minne som hade påverkats mest negativt.

Patienters upplevelser och minnen har studerats sedan slutet på 1950-talet då Mendelson och Foley (1956) undersökte patienter som ventilatorvårdades under polioepidemin. Redan vid denna tidpunkt beskrevs hallucinationer och extrema drömmar som vanligt förekommande hos intensivvårdspatienter. Tulving och Craik (2000) beskriver att detta är ett fenomen hos intensivvårdade patienter och samlas under begreppet illusoriska minnen vilket innefattar drömmar, mardrömmar, paranoia och hallucinationer. Dessa illusoriska minnen upplevs som verkliga för patienterna och behöver inte nödvändigtvis vara i en negativ bemärkelse. Illusoriska minnen ifrågasätts ofta av patienterna efter intensivvårdstiden då de har svårt att sortera bland vilka minnen som är verkliga och inte (Tulving & Craik, 2000). Förekomsten av illusoriska minnen associeras med utvecklandet av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) vilket beskrivs som en återupplevelse av de traumatiska upplevelserna i minst en månads tid. PTSD ger symptom så som återkommande mardrömmar, stresssymptom och undvikande av

stimuli som är kopplade till traumat (Ethier et al., 2011). Delirium är ett annat förekommande tillstånd hos patienter som vårdas på intensivvårdsavdelningen och beskrivs som ett akut insättande av fluktuerande störningar i de kognitiva eller motoriska funktionerna. Skillnaderna mellan illusoriska minnen, PTSD och delirium är att PTSD och delirium är diagnoser med bestämda kriterier och illusoriska minnen kan vara symptom av dessa (American Psychiatric Association & American Psychiatric, 2013).

Ringdal et al. (2008) belyser förekomsten av illusoriska minnen men också betydelsen av att patienterna hade goda minnen av intensivvårdsvistelsen, för att balansera upp de dåliga minnena. Patienternas minnen och upplevelser från intensivvårdsvistelsen bestod av tacksamhet för en god omvårdnad och för att de var vid liv, men den kroppsliga smärtan hade funnits där som en ständig påminnelse om hur nära döden de hade varit. Ethier et al. (2011) beskriver i sin studie att 50 procent av patienterna hade minnen av måttlig till svår smärta under intensivvårdsvistelsen och 60 procent hade minnen av ångest och rädsla. Vidare beskriver Ringdal et al. (2008) hur flera av patienterna mindes en stor sårbarhet och minskat självförtroende under vårdtiden då de upplevde en känsla av utsatthet då de var beroende av andra för att klara dagen. I Ethiers et al. (2011) studie mindes mer än hälften av patienterna att de hade otillräckligt med sömn under vistelsen på intensivvårdsavdelningen. Sömnbristen orsakades av smärta samt av oljud som bland annat kom från högljudda samtal och oväsen från personal som gick in och ut ur patientsalen.

Patienter med minskad sederingsgrad har tydligare minnen från intensivvårdsvistelsen vilket har visat sig påverka förekomsten av PTSD som har minskat hos dessa patienter (Ethier et al., 2011). Psykologiska defekter har visat sig minska i efterförloppet hos patienter som inte varit sederade under sin intensivvårdsvistelse (Strøm, Stylsvig, & Toft, 2011). Treggiari (2009) stöder fynden som visade på att patienter som erhöll mindre sedering ökade antalet ventilatorfria dagar samt att det inte gav större psykologiska defekter i efterförloppet i jämförelse med tungt sederade patienter på intensivvårdsavdelningen.

Effekter av sederingsavbrott

Vid den första generationen av ventilatorer var det nödvändigt att sedera patienterna för att det inte skulle uppstå disharmoni mellan ventilatorn och patienten. Det har sedan dess varit

standard att sedera patienter som genomgått ventilatorbehandling trots att dagens ventilatorer är utvecklade för att i en högre grad simulera patientens egenandning (Strøm & Toft, 2011). Men så har det inte alltid varit, enligt Strøm och Toft (2011) hade intensivvården på tidigt 60-tal tracheostomerade patienter som hölls vakna under pågående ventilatorbehandling. På 70-talet introducerades infusionspumparna som gjorde det möjligt att titrera sedativa läkemedel efter önskvärd nivå vilket sattes som standard för vård och behandling av ventilatorvårdade patienter (Strøm & Toft, 2011).

De senaste 15 åren har viktig forskning publicerats angående användningen av sedering på intensivvårdade patienter. Att hålla ventilatorvårdade patienter vakna har visat sig vara likvärdigt med de patienter som blir måttligt sederade eller har dagliga sederingsavbrott med härledning till uppkomst av psykiska och funktionella nedsättningar (Strøm, Stylsvig, et al., 2011). Det finns ett flertal studier som stödjer och belyser att lättare sedering hos ventilatorbehandlade patienter inte påverkar den psykiska hälsan efter vårdtiden på intensivvården (Bauer, 1992; Strøm, Stylsvig, et al., 2011). Studierna belyste även att lättare eller ingen sedering gav patienterna en snabbare utträning ur ventilatorn, förkortade vistelsen på intensivvårdsavdelningen och det totala antalet dagar på sjukhus (Strøm, Stylsvig, et al., 2011; Treggiari, 2009). Även dagliga sederingsavbrott visade sig minska antalet dagar i ventilator samt förkortade patienternas vårdtid (Kress, Pohlman, O'Connor, & Hall, 2000). Kress et al. (2000) resultat ligger än idag till grund för de nationella riktlinjerna (Dellinger et al., 2008) för vård och behandling av intensivvårdade patienter som genomgår ventilatorbehandling. Implementering av riktlinjer gällande lättare sedering har dock visat sig understiga 50 procent (Tanios, de Wit, Epstein, & Devlin, 2009).

Girard et al. (2008) fann att dagliga sederingsavbrott gav ytterligare förbättrade resultat om de kombinerades med spontana egenandningsförsök. Denna randomiserade studie visade en ökning av ventilatorfria dagar, minskad vårdtid på intensiv- och vårdavdelning samt minskade vårdkostnader. Dessutom sågs en ökad överlevnad efter ett år i gruppen som erhöll sederingsavbrott med egenandningsförsök. Jackson et al. (2010) fann dessutom inga långsiktiga psykologiska effekter av denna typ av behandling i jämförelse med standardbehandling.

Mobilisering av ventilatorvårdade patienter

Tidigare har intensivvården lagt stort fokus på mortaliteten men på senare år har allt större fokus lagts på hur livskvalitén kan förbättras för patienterna (Kayambu et al., 2013). De patienter som överlever livshotande sjukdom idag drabbas ofta av förvärrade eller nyuppkomna symtom vad gäller kognition, fysisk- eller psykisk ohälsa vilket samlas under begreppet post-intensive care syndrome (PICS). Dessa symtom kan ha en långvarig inverkan på patienternas livskvalitet vad gäller vardaglig funktion eller tillbakagång till arbete (Parker, Sricharoenchai, & Needham, 2013).

För att ge denna patientgrupp en bättre hälsa i efterförloppet inriktas omvårdnaden allt mer på en tidig mobilisering (Doherty & Steen, 2010). Med en tidig mobilisering menas att interventionen påbörjas direkt efter stabilisering av fysiologiska parametrar, ofta medan patienten fortfarande ventilatorvårdas och där vasoaktiva läkemedelsinfusioner pågår (Parker et al., 2013). Den senaste forskningen har visat att en tidig mobilisering ökar antalet ventilatorfria dagar och minskar antalet vård dagar både på intensivvårdsavdelningen och på sjukhuset och därmed är kostnadseffektivt. Det har även visat att det ger en ökad perifer- och respiratorisk muskelstyrka, ökad fysisk uthållighet och en ökad hälsorelaterad livskvalitet (Adler & Malone, 2012; Doherty & Steen, 2010; Karnatovskaia, Johnson, Benzo, & Gajic, 2015; Kayambu et al., 2013; Needham et al., 2010; Parker et al., 2013). Däremot finns ingen påvisbar effekt på mortaliteten vid tidig mobilisering (Kayambu et al., 2013).

Kritiskt sjuka patienter exponeras ofta av en lång tids immobilisering vilket kan leda till neuromuskulär svaghet med efterföljande nedsatt fysisk förmåga som varar i månader upp till år efter utskrivning från intensivvårdsavdelningen (Parker et al., 2013). Needham et al. (2010) och Parker et al. (2013) kom fram till att djup sedering minskade patientens möjlighet att medverka i mobiliseringen vilket medförde en längre vårdtid.

Behandlingskulturen på intensivvårdsavdelningen kan påverka hur tidig mobilisering implementeras. Hinder för detta inkluderar resursbrister så som brist på ledarskap och kunskap hos intensivvårdssjuksköterskan samt brist på träningsutrustning och kompetent rehabiliteringspersonal. Även hinder i patienternas tillstånd begränsade möjligheterna till mobilisering då patienterna hade djup sedering, hemodynamisk instabilitet, delirium eller om patientsäkerheten ansågs hotad (Engel, Needham, Morris, & Gropper, 2013; Hodgson, Berney, Harrold, Saxena, & Bellomo, 2013). För att bemöta dessa oroligheter för

patientsäkerheten har ett flertal studier gjorts som närmare undersökt säkerheten vid mobilisering av patienter, där all data visar på att det inte förelåg någon ökad risk för patienterna med tidig aktiv mobilisering då det utförts av sjukgymnaster eller annan kompetent personal (Bailey, 2007; Burtin, 2009; Leditschke, Green, Irvine, Bissett, & Mitchell, 2012; Morris, 2008; Needham et al., 2010; Schweickert et al., 2009).

En form av mobiliseringsutrustning som kan användas på intensivvårdsavdelningar är cykelergometern. Cykelergometern är en stationär cykel med en automatisk verkningmekanism som anpassar arbetsbördan efter patienten. Cykeln kan användas i sängläge, både passivt och aktivt (Hodgson et al., 2013). Till en början testades cykling på friska individer i ett rymdforskningsprogram och visade sig då bevara lårmuskulaturen under långvarig immobilisering (Ellis, Kirby, & Greenleaf, 1993). Studier har också visat att sängcykling är en säker metod vid dialysbehandling (Moug, Grant, Creed, & Boulton Jones, 2004) och hos patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (Bailey, 2007). Effekten av sängcykling som mobiliseringsmetod hos kritiskt sjuka men stabila patienter som vårdas på intensivvården har undersökts i en randomiserad studie av Burtin (2009). Interventionsgruppen cyklade i 20 minuter dagligen och trampmotståndet förändrades allt eftersom patienternas fysiska förmåga förbättrades. I studien visade det sig att de patienter som ingått i interventionsgruppen hade en signifikant längre gångsträcka under ett sex minuters långt gångtest vid utskrivningen från sjukhuset.

Senaste forskningen

Engel et al. (2013) fann att etableringen av ett kvalitetsförbättringsprogram för en tidig mobilisering av patienter på tre olika institutioner resulterade i en kortare vårdtid både på intensivvårdsavdelningen och den sammanlagda sjukhusvistelsen. De såg också ett minskat sederingsbehov och en minskning i antalet fall av delirium hos patienterna som ingick i kvalitetsförbättringsprogrammet. Därmed kan en implementering av ett strukturerat intensivvårdsprogram med en tidig aktiv mobilisering ge förbättrade utfall och reducerade kostnader för patienterna igenom hela vårdkedjan.

Den senaste skandinaviska forskningen inom intensivvården är Strøm och Toft (2014) innovation om att hålla ventilatorvårdade patienter helt vakna. På Odense University Hospital

har detta varit standardbehandling sedan 1990-talet. I Strøms avhandling randomiserades 140 patienter in i två grupper, interventionsgruppen erhöll endast bolusdoser med Morfin eller Haldol om det fanns misstanke om delirium. Kontrollgruppen hade kontinuerlig infusion av sedativa till 3-4 på RAMSAY-skalan och patienterna erhöll dagliga sederingsavbrott. Resultatet visade en minskning av tiden i ventilator med 4,2 dagar hos patienterna ($n = 55$) i interventionsgruppen ($P = 0,0191$). Även vårdtiden på intensivvårdsavdelningen reducerades i interventionsgruppen med 9,7 dagar ($P = 0,0316$), och den totala sjukhusvistelsen blev reducerade med 24 dagar ($P = 0,0039$) jämfört med kontrollgruppen som erhöll dagliga sederingsavbrott. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv sågs ingen ökning av antalet oavsiktliga extuberingar, antalet ventilator-associerade pneumonier eller behovet av undersökningar i form av datortomografi (CT) eller magnetisk resonanstomografi (MR). Däremot noterades en högre förekomst av aggressivt delirium i interventionsgruppen (Strøm et al., 2010). Under åren som Odense Universitetssjukhus hade ventilatorvårdade patienter vakna bildades en uppfattning om att det minskade sekundär svikt i vitala organ, så som utveckling av njursvikt. Därmed testades även denna tes i studien där resultatet visade en ökad urinproduktion i interventionsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen (1,15 ml/kg/timme vs 0,88 ml/kg/timme, $P = 0,03$). Antalet patienter som diagnosticerades med nedsatt njurfunktion var högre i kontrollgruppen, 76 procent, i jämförelse med interventionsgruppen, 51 procent (Strøm, Johansen, Prah, & Toft, 2011). De långsiktiga psykologiska effekterna undersöktes efter två år då tretton deltagare ur vardera grupp intervjuades. Resultatet visade inte på någon olikhet mellan de två grupperna vad gällde förekomsten av PTSD, depression, fysisk eller psykisk hälsa (Strøm, Stylsvig, et al., 2011).

Det finns en väl utforskad evidens för att patienter som överlever kritisk sjukdom erfar multidimensionella komplikationer under återhämtningsfasen (Needham et al., 2012) I efterdyningarna av kritisk sjukdom kan en del patienter uppleva nedsättningar fysiologiskt, psykologiskt, kognitivt eller socialt och dessa men kan kvarstå i flera år. Återhämtningsfasen hos denna patientgrupp är komplex och deras tidigare sårbarhet måste tas in i beräkningen när en individuell vårdplan ska planeras (Aitken & Marshall, 2015).

Problemformulering

Den senaste forskningen har visat att minskad sedering eller ingen sedering alls samt tidig aktiv mobilisering har positiva effekter på patienternas återhämtning efter intensivvårdstiden. Likaså ses en minskad vårdtid för patienterna avseende antalet dagar i ventilator och totalt antal dagar på intensivvårdsavdelningen, även den totala sjukhusvistelsen har minskat vilket ger en mer kostnadseffektiv vård. I efterförloppet ses också den stora vinsten av att intensivvårdssjuksköterskan arbetat proaktivt och individanpassat. Den minskade sederingsgraden och den aktiva mobiliseringen har visat att de psykologiska sviterna efter intensivvård har minskat. Med härledning till den senaste forskningen inom området sedering och mobilisering, så är det av stor vikt att få reda på vad patienter minns av vårdtiden då denna behandling använts. Den här studien skulle kunna ge grund för intensivvårdssjuksköterskor i sin roll att utöva en professionell vård av en mer aktiv och vaken patient.

Detta motiverar denna studie där syftet tydligt är utformat för att få en bild av vad patienter minns av intensivvårdsvistelsen där behandlingsstrategin med en tidig aktiv mobilisering, minskad sedering och sederingsstopp har använts. Förhoppningen med denna studie är att få kunskap om patienternas situation så att vården kan ta ett kliv framåt mot en mer aktiv, individanpassad och säker vård som dessutom kan bli mer kostnadseffektiv.

Syfte

Belysa vad patienter med sederingsavbrott och tidig aktiv mobilisering minns av intensivvårdstiden då de ventilatorbehandlats.

Metod

Studien är baserad på en kvalitativ metod med en induktiv ansats utifrån öppna forskningsintervjuer. En induktiv ansats valdes för att förutsättningslöst kunna tolka empirin och få en större öppenhet för resultatet.

Urval

Denna studie är en del av en större studie där även fysiologiska parametrar hos patienten har mätts. Den delen av studien berörs inte i detta arbete.

Studiens patienturval gjordes på två intensivvårdsavdelningar i Västra Götalandsregionen. Inklusionskriterierna för studien var att patienterna var över 18 år, hade ventilatorvårdats i mer än 48 timmar och att de hade en förväntad fortsatt ventilatorvård som översteg tre dagar. Exklusionskriterierna för studien var att det inte fick finnas någon tidigare omfattande premorbiditet. Vidare exkluderades patienter där det förelåg praktiska hinder för bencykling, så som frakturer, sår, grav obesitas eller om patienterna var kortväxta. Även begränsningar i behandlingsnivån eller kort förväntad överlevnadstid ingick i studiens exklusionskriterier.

Behandlingsmetoden som de inkluderade patienterna hade som utgångspunkt var lättare sedering med sederingsuppehåll tills obehag hos patienterna observerades, då startades åter sederingen på halv dos. Den tidiga aktiva mobiliseringen bestod av en cykelergometer som monterades vid nedkanten på patientens säng. Patienten cyklade aktivt och motståndet anpassades efter den individuella förmågan. Cykelergometern användes minst en gång per dygn.

Patienterna som uppfyllde inklusionskriterierna tillfrågades och fick både muntlig och skriftlig information om studien av den ansvariga läkaren och fick därefter en betänketid samt chans att få svar på eventuella frågor. För deltagande i studien krävdes både skriftligt och muntligt samtycke. Då patienten inte alltid kunde förmedla sig på grund av sin sedering eller sjukdom inhämtades informerat samtycke från anhöriga till dess att patienten själv kunde uttrycka sig om sitt samtycke till studien. Alla patienter som har blivit utsedda att delta i

studien har själva gett sitt samtycke att medverka. Samtycke från patienterna finns dokumenterat i patientens studiejournal, Case Report Forms (CRF).

Datainsamling

Datainsamlingen gjordes mellan åren 2012 till 2014. Fyra till sex månader efter att patienterna blivit utskrivna från sjukhuset kontaktades de via telefon av forskarna, för att tillfrågas om tid och plats för eventuell intervju. Innan telefonkontakt med patienterna, kontrollerade intervjuaren med Skatteverket att personen fortfarande var vid liv för att inte riskera ringa och fråga efter en avliden person. Patienterna som samtyckte till att intervjuas, intervjuades individuellt och fick själva välja tid och plats för intervjun. Även telefonintervju var möjligt att välja. Vid vissa intervjuer så närvarade anhöriga och varje intervju tog mellan 20 – 90 minuter. Datainsamlingen baseras på nio intervjuer, varav fyra var telefonintervjuer. Intervjun innehöll öppna frågeställningar med huvudfrågorna:

- Berätta om dina upplevelser av att ha vårdats på intensivvårdsavdelningen.
- Under din behandling med ventilator gjordes väckningsförsök, minns du något av det?
- Samtidigt tränades/aktiverades du i en sängcykel, minns du det?
- Kommer du ihåg vad som var svårast under din vårdtid på intensivvårdsavdelningen?

Analys

Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan ordagrant. Initialt så lästes hela materialet oberoende av varandra för att skapa en uppfattning av det huvudsakliga innehållet. Materialet lästes sedan mer noggrant och meningsbärande enheter ströks under med olika pennor för att urskilja författarnas likheter och skillnader. Författarna plockade därefter tillsammans ut meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kondenserades enligt manifest innehållsanalys så att den övergripande betydelsen fortsatt var välbehållen, Meningsbärande enheter som delade liknande innehåll sammanfördes i kategorier och subkategorier. Vidare gjordes en latent analys av materialet där den underliggande meningen tolkades och ett tema utkristalliserades. Allt material som svarade till syftet är inkluderat och citat har valts för att förstärka analysen och resultatet. Citaten är numrerade utifrån intervjutillhörighet.

Datamaterialet har analyserats utefter en kvalitativ innehållsanalys med hjälp av Graneheim och Lundman (2004) för att belysa patienternas minnen efter att ha haft dagliga sederingsavbrott och tidig aktiv mobilisering under intensivvårdstiden. En innehållsanalys ansågs lämplig då den redogör för variationer i intervjuerna genom att urskilja likheter och skillnader. Graneheim och Lundman (2004) beskriver latent och manifest analys vilket ger materialet varierande uttryck och ger tolkningen olika abstraktionsnivåer och djup. En manifest analys innebär att tolkningen görs ordagrant utifrån intervjuerna där så kallade meningsbärande enheter identifieras och den latent analysen innebär att en tolkning görs av den underliggande meningen i intervjuerna. Intervjuerna i studien är analyserade först manifest och sedan latent. Genom den latent tolkningen av materialet framhövdes studiens tema. I tabell ett ges ett exempel på faserna i manifest innehållsanalys i kategorier och subkategorier.

Tabell 1. Analysexempel

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Subkategori	Kategori
”var är jag, vad har hänt”, men i och med att jag jobbar på sjukhus så kände jag igen miljön och så. (9)	Förvirring vid uppvaknandet, desorienterad men bekantar sig sen med miljön.		Orientering
...jag har en underbar familj... jag tror att det har väldigt mycket med tillfrisknandet att göra, känner jag. (8)	Familjen har stor betydelse för tillfrisknandet.	Anhöriga	Trygghet
Jag är ju så liten, så man fick gå och hämta en dyna eller nått att sätta under fötterna, för annars kunde jag inte stå, jag fick stå och hålla i en sån här gästol, vet inte hur länge, har ingen aning. Men också de upplevde att ”oj, jag kan!” (8)	Fick hjälp vid mobilisering och stärkte känslan av kontroll.		Kontroll

Då denna analys baserats på redan transkriberade patientintervjuer valde författarna att utföra en patientintervju av ytterligare en patient för att få en förståelse för intervjuetodiken. Patienten ringdes upp för godkännande av att medverka i en intervju. Patienten fick själv bestämma tid och dag för intervjun som hölls i patientens eget hem. Vid intervjun följdes de öppna frågorna i mallen för arbetet, en av författarna intervjuade och den andra följde samtalet och initierade följdfrågor. Intervjun spelades in på bandspelare.

Etiska ställningstaganden

Forskningens övergripande mål är att erhålla ny kunskap för att bättre förstå den värld vi lever i och för att om möjligt förändra den till det bättre. De fyra allmänna etiska huvudkraven på forskning, vilket denna studie ligger till grund på, kan konkretiseras enligt följande; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (World Medical Association, 2013). Enligt informationskravet så har forskaren en skyldighet att informera deltagare i projektet om deras funktion och vilka villkor som föreligger för deltagande. Genom muntlig och skriftlig information upplystes deltagare om studiens syfte och att deltagandet var frivilligt samt att deltagandet när som helst under studiens gång kunde avbrytas utan förklaring. Vidare har allt insamlat material i studien behandlas enligt konfidentialitetskravet, vilket innebär att inga obehöriga har kunnat ta del av de materiella uppgifterna samt att det publicerade materialet inte kommer att kunna härledas till individuella deltagare i forskningsprojektet. De insamlade uppgifterna om de enskilda deltagarna i studien har endast använts utifrån forskningsprojektet ändamål, inga uppgifter har utelämnats till utomstående eller kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga ändamål, allt enligt nyttjandekravet (World Medical Association, 2013).

God forskningsetik innefattar även en god dokumentation där forskningsprojektet skall dokumenterats på ett sådant sätt att en utomstående granskare tydligt ska kunna följa hela forskningsprocessen och använda materialet som grund för fortsatt forskning inom området (World Medical Association, 2013). Vid valet av forskningsmetod för denna studie gjordes en avvägning mellan värdet av den kunskap som söktes och de risker patienterna riskerades att bli utsatta för, som till exempel återupplevelse av obehagliga minnen. Nyttan med studien är av stor betydelse då det finns sparsamt med forskning som kartlägger vad patienter minns av den vård och behandling som ges idag utefter de nya riktlinjerna som finns kring minskad

sedering och tidig aktiv mobilisering. Samhällsnyttan med studien skulle kunna vara att forskningsresultatets bidragande faktor skapar en medvetenhet om att minskad sedering och en tidig aktiv mobilisering kan främja patientens delaktighet. Det är sedan tidigare väl känt att denna behandlingsmetod ger en snabbare återhämtning, vilket minskar antalet vård dagar och vården kan på så sätt bli mer kostnadseffektiv. Etiska frågor som framkommit under forskningsprocessen då olika värden kommit i konflikt med varandra har diskuterats författarna emellan. En sådan konflikt ansågs vara att intervjun kan ha "rivit upp" minnen som varit svåra för patienten att hantera, vilket intervjuaren var ålagd att ha handlingsberedskap för. En annan reflektion har varit att patienter kan ha utsatts för en känsla av krav från anhöriga att ställa upp i studien, då anhöriga tagit ställning och gett samtycke under tiden patienten varit sederad. Patientens beslut till samtycke kan därmed varit färgat av dennes närstående. Denna studie är godkänd av etikprövningsnämnden.

Resultat

Resultatet är baserat på patientintervjuer från nio deltagare, där fyra var kvinnor och fem var män. Patienterna var mellan 34 och 77 år och hade ventilatorvårdats i mer än 48 timmar på intensivvårdsavdelningar i Västra Götalandsregionen. Vårdtiden på intensivvårdsavdelningen varierade mellan 5 till 31 dagar, genomsnittstiden var 12 dagar. Inläggningsorsak var hos samtliga patienterna av medicinsk genes, som till exempel hjärtsvikt, lungsvikt eller svår infektion. Med hjälp av tre kategorier, två subkategorier och ett tema beskrivs patienternas minnen från intensivvårdsvistelsen.

Tabell 2. Övergripande tema, kategorier och subkategorier.

Minnesfragment från en förlorad tidsuppfattning			
Kategori	Orientering	Trygghet	Kontroll
Subkategori		Anhöriga Vårdpersonal	

Orientering

Då patienterna vaknade upp hade de svårt att veta var de befann sig. Någon tyckte att rummet såg konstigt ut. Det var som att sinnesintrycken blivit förändrade. Andra upplevde att de förflyttades till en tidigare tillvaro som återupplevdes vid uppvaknandet.

Så jag tänkte att de har skjutit mig, jag ligger på sjukhuset nu, om jag vaknar dem ska... så jag tänkte jag springer därifrån... jag såg min fru och min bror... jag är inte i Libyen, jag är inte där (1)

Patienten som citeras ovan tolkade själv att programmet på Tv:n som stod på fick honom att tänka på kriget i Libyen. Känslan av desorientering beskrevs i flertalet patientintervjuer som obehaglig men med hjälp av anhöriga och vårdpersonal dämpades obehagskänslan och patienterna kunde få hjälp att reorientera sig. En patient beskrev sin dröm;

Jag berättade om min mardröm för min syster och hon sade att "så är det inte, du ligger kvar på samma ställe hela tiden". Men jag tror jag vet att jag

har legat och så har jag sett folk röra på sig och så har jag uppfattat det på något sätt (8)

Stimulans från omgivningen påverkade patienternas verklighetsuppfattning och hur de orienterade sig. Den minskade sederingsgraden och de dagliga sederingsstoppen gjorde att patienterna snabbare kunde reorientera sig. Återkoppling från anhöriga och vårdpersonal visade sig ha stor betydelse i att förankra patienterna till verkligheten, vilket lugnade patienterna.

Trygghet

Anhöriga

Närvaron av anhöriga var betydelsefull för att patienterna skulle känna sig trygga, vilket framkommer i flertalet intervjuer. Stöd från familjen upplevdes som en resurs som hjälpte patienten i sitt tillfrisknande. En patient beskrev tryggheten i att anknyta till något igenkännande, då de såg någon ”hemifrån”.

Jag har då liksom fragment att min make satt vid min sida och jag vaknade upp och såg att han var där, ena sonen stod och höll mig i handen och den andra sonen såg jag bara i dimma, och så försvann jag igen. Jag kände mig samtidigt trygg på något sätt. Jag vet inte, jag har någon känsla av att jag somnade in och kände mig trygg (8)

Vårdpersonal

Vårdpersonalen hade stor inverkan på patienternas känsla av trygghet. Patienterna minns tydligt att de kände sig lugna och vilade tryggt i vårdens händer. Enkla faktorer som att vårdpersonal såg patientens behov och satte in adekvata åtgärder ingav förtroende. Patienterna beskrev vårdpersonalen som väldigt hjälpsam och de upplevde en god omvårdnad.

En undersköterska satte sig ner och pratade och sade, vi kommer inte låta dig kvävas utan du får mediciner, och lugnade ner mig. (9)

Att bli involverad och delaktig i vårdplanen ansågs positivt av patienterna då de mentalt hade tid att förbereda sig och påverka sin tillvaro. För att långsiktiga mål skulle komma till stånd

var det viktigt med kontinuitet av vårdpersonal. Med tiden skapades en gemenskap och en god miljö, patienterna upplevde att de blev kompis med personalen.

Men just en av de ansvariga sjuksköterskorna där minns jag väldigt väl. Jag tror det var på lördagen som hon sa till mig innan hon gick att imorgon ses vi och då ska du duscha och sådär. Jag låg bara och väntade på att hon skulle komma till mig, jag sa det till henne också. Det var viktigt att det var just hon som kom. (5)

Kontroll

Initialt upplevde patienterna frustration över kroppsliga begränsningar. I flertalet av intervjuerna framkom det störst frustration över att inte kunna kommunicera och göra sig förstådd. Många beskriver också en förlust av autonomi och en känsla av att vara beroende av andra för att klara sig.

Man kände sig så svag, så fruktansvärt svag. Speciellt de här att man ligger, man kan inte ens tvätta sig själv... och plötsligt känner man sig väldigt hjälplös, alltså helt som man vore jättegammal och inte kunde (5)

Att patienterna fick en tidig aktiv mobilisering under intensivvårdsvistelsen, visade sig stärka patienternas känsla av att återfå kontroll. Patienterna hade positiva upplevelser av att vara delaktiga i sin rehabilitering och kunde på så sätt bli varse om sina framsteg vilket gav hopp om tillfrisknande.

Men jag upplevde det positivt. Just det här att jag fick cykla, fick sätta mig på sängen, jag fick försöka, jag fick sitta i fåtöljen. Det var liksom att jag var inget kolli i en säng utan jag var något aktivt... (8)

Hos patienterna som mindes sängcyklingen stärktes känslan av autonomi, de blev positivt förvånade över sin prestationsförmåga. Betydelsen av att få vara vaken och ta del av omgivningen stärkte känslan av delaktighet. Den minskade sederingsgraden med dagliga sederingsavbrott möjliggjorde för patienterna att snabbare återfå kontroll. En patient uttryckte:

Jag tyckte allt var bra, att få vara vaken. Jag fick ju se vad som hände runt omkring mig (8)

Minnesfragment från en förlorad tidsuppfattning

Genomgående antyder textmassan återkommande minnesfragment från vårdtiden. I flertalet av intervjuerna utmålas intensivvårdsvistelsen som diffus och fragmentell. Patienterna minns korta sekvenser av vistelsen ofta utan koppling till tid eller sammanhang. I intervjuerna framkommer svårigheter att urskilja vad som är egna minnen, drömmar och vad som är återberättat av anhöriga och vårdpersonal i efterhand. I en intervju beskrivs obehagskänslor av att få återspeglat vad patienten hade gjort då minnet av detta var utsuddat.

Vissa saker känner jag att jag inte vet om det är dom som har målat upp en bild för mig eller om jag har upplevt de själv. Det vågar jag faktiskt inte säga. Jag vet att jag har gestikulerat och försökt skriva på block och att jag velat vara väldigt mycket med och det tycker jag känns väldigt konstigt, eller lite obehagligt på något sätt, så att jag tydligen har pratat igenom mig själv fast jag har inga minnen av vad jag har sagt och sådant, det tycker jag är lite jobbigt (4)

Minnen av sinnesintryck är återkommande beröringspunkter i intervjuerna. Förnimmelser av syn, hörsel och beröring förekom. Patienternas berättelser visar samtidigt att de var medvetna om sin omgivning i den aspekten att de ofta återberättade detaljerade minnesfragment. Några minns färger eller ljud och enstaka minns smärtsamma behandlingar. Merparten av patienterna minns mobiliseringen som positiv och att de har sängcyklats.

Jag vet att jag tyckte att det var väldigt skönt egentligen att få röra på benen och så. Fast det var ju jobbigt också, men det går ju liksom av sig själv, men någon gång mot slutet så cyklade jag själv vet jag... Men jag upplever det som positivt. Det var väl också det att man känner att man gör någonting för min mobilisering, att jag ska komma igång. Man kände ju hur svag man var efter en vecka (9)

Drömmar under intensivvårdsvistelsen är också något återkommande i intervjuerna. En patient beskriver sin dröm såhär;

Jag upplevde att jag var på nån båt och de tutade, men de släppte inte av mig. Jag försökte gå i land varje gång de lade till, men det gick inte och så tutade den och så gick den igen... de va lite obehagligt och konstigt (2)

I liknelse med citatet ovan återberättades en annan dröm om att ha blivit instängd i en box och att det sedan börjat brinna. Samma patient återberättar en annan dröm som patienten själv tolkar som en näradöden upplevelse. Det framkom att patienterna inte klart kunde urskilja vad som var dröm och vad som var ett verkligt minne. Patienternas minnen var viktiga för att i efterhand kunna skapa en känsla av sammanhang för den tid de förlorat under vistelsen på intensivvårdsavdelningen. I många intervjuer berättar patienterna om dagbokens betydelse för att fylla i minnesluckor. Även anhörigas återberättelser var till hjälp för att patienterna skulle återfå en känsla av sammanhang då minnesfragmenten kunde relateras och placeras till vårdförloppet.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet till studien var att belysa vad patienter med sederingsavbrott och tidig aktiv mobilisering minns av intensivvårdstiden då de ventilatorbehandlats.

Till denna studie valdes en kvalitativ metod med intervjuer som analyserats med innehållsanalys med stöd i Graneheim och Lundmans (2004) modell. Metoden ansågs lämplig då den kan hantera stora mängder data från transkriberade intervjuer, vilket förekom i denna studie. Intervjuer ansågs i denna studie som ett lämpligt tillvägagångssätt för att skapa en djupare förståelse för fenomenet, patienters minnen från intensivvårdsvistelsen. Polit och Beck (2012) anser att intervjuer är ett bra tillvägagångssätt för att kunna tolka och få en djupare förståelse för ett fenomen. Författarna till denna studie har analyserat redan befintligt transkriberat material där intervjuerna har gjorts av tredje part. Detta på grund av att denna studie är en del i ett större forskningsprojekt.

För att författarna skulle få en djupare förståelse i intervjumetodik har en patientintervju utförts där båda författarna medverkade. Då patienten gav en uttömmande berättelse under intervjun bekräftar författarna att öppna intervjufrågor var lämpligt som metod i denna studie. Denna intervju är inte inkluderad i detta magisterarbete. Att intervjuerna till denna studie inte har gjorts utav författarna själva kan ha påverkat resultatet i studien både positivt och negativt, då inga intryck från intervjutillfällena påverkat författarnas förförståelse. En nackdel med att studien är uppbyggd på redan befintliga intervjuer är att följdfrågor under pågående intervju inte kunde vinklas utefter studiens syfte. För att säkerställa reliabilitet beskriver Graneheim och Lundman (2004) betydelsen av att intervjudeltagarna får frågor som täcker avsett område, men då intervjusituationen är en process som växer fram, kan följdfrågorna få variera. Denna studie bygger på öppna intervjufrågor med varierade följdfrågor för att täcka studiens syfte. Denna studie bygger på nio patientintervjuer, författarna ansåg att materialet var mättat då upprepningar kunde ses i materialet och att inga nya fynd framkom. Materialet från telefonintervjuerna tenderade att vara något tunnare än de intervjuer som gjorts personligen. Detta kan bero på att intervjuer som gjorts över telefon försvårar uppbyggnaden av en relation och god kommunikation mellan parterna då bland annat kroppsspråket går förlorat. I Polit och Beck (2012) beskriver att en kvalitativ innehållsanalys kräver cirka tio intervjuer för att materialet ska täcka fenomenet som vill undersökas.

Med stöd av Graneheim och Lundmans (2004) modell så har datamängden analyserats så inget material har gått förlorat. Materialet är väl inläst och kategorierna och subkategorier täcker väl materialets innehåll. Inga data som varit relevant och svarade till syftet har exkluderats. Graneheim och Lundman (2004) betonar att reliabiliteten kan influeras av valet av meningsenheter i studien, för långa och för korta meningsenheter kan innebära att betydelsen försvinner och att resultatets reliabilitet går förlorad. Författarna i denna studie har därför noggrant övervägt all kondensering av text för att bevara dess innebörd. Studiens reliabilitet stärks också då materialet noggrant har bearbetats och kategoriernas, likheter och skillnader har gemensamt diskuterats och arbetats fram tills författarna var eniga, vilket också Graneheim och Lundman (2004) belyser som en viktig del i innehållsanalysen liksom värdet i att författarna är sanningsenliga till materialet i analysprocessen. Reliabiliteten ökar om resultatet är upplagt på ett sådant sätt att läsaren själv kan leta efter egna tolkningar av materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna valde därför att inte tolka drömmarna som patienterna berättade utan att diskutera betydelsen av drömmarna som en del i minnesfragmenten i resultatdiskussionen. Den manifesta analysen låg till grund för den latent tolkningen i studien och underlättade för författarna att finna den underliggande meningen vilket kan stärka studiens reliabilitet. Genom en pågående reflektionsprocess och diskussion mellan författarna i denna studie har det latent innehåll tydligt vuxit fram och säkerställts.

Då författarna inte tidigare varit verksamma inom intensivvården så finns mindre risk att resultatet har blivit påverkat av författarnas förförståelse. Författarna har inte heller någon insikt i patienternas bakgrund eller sjukdomstillstånd, vilket gjorde att materialet kunde tolkas förutsättningslöst. Författarna är sedan tidigare inte bekanta med den kvalitativa metoden, vilket kan ha påverkat resultatet då materialet kan ha blivit över- eller underanalyserat. Under analysprocessen fick författarna kontinuerlig återkoppling av handledare med erfarenhet inom kvalitativ metod.

Resultatdiskussion

I resultatets tema framkom det att minnena från intensivvårdsvistelsen var fragmentella. Patienterna hade ett behov av att forma dessa fragment till en enhetlig bild. Den minskade sederingsgraden med de dagliga sederingsstoppen gjorde att patienterna med hjälp av anhöriga och vårdpersonal lättare kunde reorientera sig. Den ökade vakenhetsgraden och den aktiva mobiliseringen i form av sängcykling främjade delaktighet, autonomi och patienterna återfick en känsla av kontroll, vilket upplevdes som positivt av patienterna.

I studiens resultat framkom patienternas minnen av desorientering. Enligt tidigare forskning är detta inget nytt fenomen, Tulving och Craik (2000) beskrev i sin studie hur illusoriska minnen ofta framkommit och ifrågasatts av patienter efter vårdtiden. Patienter har berättat att de haft svårt att urskilja vilka minnen som är verkliga och inte. Vilket även kan antydast i denna studie där några av patienterna förvrängde intryck från omgivningen, exempelvis återupplevde en patient kriget i Libyen eftersom tv:n hade varit påslagen. Vilket gav en felaktig bild av verkligheten. Detta stärker vikten av att intensivvårdssjuksköterskan medvetet granskar omgivningen och vidtar åtgärder för att skapa en god patientmiljö. Att skapa en medvetenhet hos intensivvårdssjuksköterskorna om vårdmiljön och hur den påverkar patienterna beskrivs även av Johansson, Bergbom och Lindahl (2012) som trycker på värdet av att anpassa vårdmiljön för den kritiskt sjuka patienten.

I denna studie framkom också vikten av att patienterna fick hjälp av anhöriga och vårdpersonal för att reorientera sig. Intensivvårdssjuksköterskan och anhöriga hade en viktig roll för att patienten skulle kunna reorientera sig, genom deras närvaro kunde de ge kontinuerlig information och uppdateringar kring tid, rum och plats. Ringdal et al. (2008) fann liknande behov av att förbättra intensivvårdssjuksköterskans omvårdnadsåtgärder för att återanknyta patienter till verkligheten. Det ansågs även viktigt att intensivvårdssjuksköterskan poängterar för närstående deras betydelse för patienten, då anhöriga är en viktig livlina till verkligheten. Detta styrks också i denna studies resultat där anhöriga ansågs vara en resurs i patienternas tillfrisknande. Betydelsen av att integrera anhöriga i omvårdnaden av patienter är en betydande del som tydligt beskrivs i intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2012).

I denna studies resultat framkom det att patienterna kände sig trygga under vårdtiden, här hade både anhöriga och vårdpersonal en betydande roll. Vid ytterst få tillfällen återberättades

minnen av rädsla, oro och ångest. Ringdal et al. (2008) belyser vikten av att patienterna erhåller goda minnen för att balansera upp de negativa minnena från intensivvårdsvistelsen. Patienternas känsla av trygghet kan tänkas vara ett sådant gott minne som balanserade upp eventuella negativa minnen. Intensivvårdssjuksköterskan har enligt Corrigan, Samuelson, Fridlund och Thomé (2007) en betydelsefull roll i att underlätta patientens oro genom att vara en länk till verkligheten, ge emotionell stöttning och bekräftelse, samt upprepat ge kontinuerlig information och främja en god kommunikation. Dessa handlingar tydde på en minskad prevalens för PTSD i efterförloppet av kritisk sjukdom enligt Corrigan et al. (2007). Att patienterna bjöds in till att vara delaktiga i sin vård framträdde i denna studies resultat, vilket visade sig stärka patienternas känsla av autonomi och självbestämmande. Författarna tror att om vårdpersonal involverar patienterna i vårdplanen så gav det patienterna en möjlighet för att mentalt kunna förbereda sig inför dagen och delaktighet i en mer målinriktad vård. Detta stöds i patientlagen (SFS, 2014:821) som syftar till att bevara patientens integritet, främja självbestämmande och delaktighet.

Under subkategorin kontroll återberättades vid upprepade tillfällen känslan av förlorad kontroll. Patienterna upplevde kroppsliga begränsningarna vilket gav upphov till känslan av förlorad kontroll. Strävan mot att återfå kontroll fortsätter långt efter utskrivningen från intensivvårdsvistelsen hos Agård, Egerod, Tønnesen och Lomborg (2012) som beskriver att kampen för självständighet och vägen mot tillfrisknande är lång. Författarna i denna studie vill därför belysa värdet i att intensivvårdssjuksköterskan inger hopp om förbättring hos patienterna och att genom en tidig aktiv mobilisering främja patienternas känsla av att återfå kontroll över situationen. Det är även viktigt att aktualisera för patienterna att vägen tillbaka är lång och tiden för återhämtning kommer att ta tid.

Även avsaknad av minnen från intensivvårdsvistelsen beskrevs i resultatet på två olika sätt av patienterna. Några upplevde en lättnad av att inte veta, andra patienter hade svårigheter i att acceptera att minnet från tiden på intensivvården var utsuddat. I Corrigan et al. (2007) forskning beskrivs patienter, som utvecklat PTSD till följd av kritisk sjukdom, att individanpassad information utifrån patientens behov av att fylla minnesluckorna var att rekommendera. Vidare skriver Strøm och Toft (2011) hur patienter med faktiska minnen, oberoende av om minnena var smärtsamma eller ångestladdade, verkade vara mer beskyddade från att utveckla

PTSD än de patienterna som inte hade några minnen eller vars minnen från intensivvårdsvistelsen var illusoriska.

I relation till andra studier framkom ytterst få smärtminnen eller känslor av obehag i denna studie. Till skillnad från Ethiers et al. (2011) studie där hela 50 procent av patienterna mindes smärta samt Ringdals et al. (2008) studie som visade att den kroppsliga smärtan ständigt gjorde sig påmind. En trolig bakomliggande faktor till denna studies avvikande resultat kan bero på det låga patientantalet (=9 patienter) samt att åkommorna främst var av medicinsk art. Vidare framkom endast enstaka minnen där patienter upplevt ångest eller oro, i motsats till Ethiers et al. (2011) studie där 60 procent hade minnen av ångest och rädsla. Detta skulle kunna styrka denna studies behandlingsmetod med minskad sedering och tidig aktiv mobilisering då det kan ha varit en bakomliggande orsak till varför patienterna upplevde mer välbehag under vårdtiden. En annan orsak till varför resultaten skiljer sig kan vara att studierna är gjorda i olika länder med olika sederingsrutiner samt att patienternas kulturtillhörighet kan ha betydelse.

Samuelson, Lundberg och Fridlund (2007) jämförde graden av sedering i relation till förekomst av påfrestande minnen från intensivvårdsvistelsen, och fann att lättare sedering gav mer upphov till påfrestande minnen i efterförloppet. I kontrast till denna studie så skilde sig resultaten åt då patienterna i denna studie allt som oftast beskrev den inre känslan under vårdtiden som lugn och trygg. Skillnaden i resultatet kan också bero på när intervjuerna gjordes i relation till utskrivning från intensivvården samt att Samuelson, Lundberg och Fridlunds ansats var kvantitativ och specifikt inriktad på obehagliga minnen. Dessutom skiljde sig sederingsterapierna åt då patientdeltagarna i denna studie hade lättare sedering med sederingsuppehåll och Samuelson, Lundberg och Fridlunds patientdeltagare antingen erhöll lätt eller djup sedering. I denna studie uppmärksammades det att patienterna under intensivvårdsvistelsen hade förnimmelser av kognitionsrubbnings samt förändrade sinnesintryck, då de exempelvis upplevde sig förflyttade till en tidigare tillvaro. Sederingsavbrott har använts på liknande sätt i en tidigare studie och visat sig minska förekomsten av kognitiva nedsättningar (Jackson et al., 2010). Desai, Law och Needham (2011) visade även i sin studie att intensivvårdade patienter upplevde kognitionsnedsättningar, som påverkade minne, koncentration och beslutsfattande. Följderna av dessa centrala funktionsförluster kan påverka patienternas upplevda hälsa, både fysiskt,

psykiskt och socialt (Hopkins & Jackson, 2009). För att minska risken för att utveckla dessa kognitionsnedsättningar så beskriver Desai et al. (2011) två viktiga aspekter vilket var att minska riskerna att utveckla delirium och förhindra hypoglykemi.

I patientintervjuerna framkom ett flertal berättelser om drömmar och svårigheten att skilja dröm från verklighet. Drömmarna kunde tolkas på många olika sätt men den gemensamma nämnaren bland berättelserna i denna studie tolkas av författarna som en förlust av kontroll och uppfattas som minnesfragment.

Dagboken framträdde som ett värdefullt hjälpmedel till att fylla minnesluckor och skapa en känsla av sammanhang av intensivvårdsvistelsen. Patienterna återberättade i studien att dagboken gav dem tillbaka en förlorad tid och att de fick hjälp i att bearbeta tiden som varit på intensivvården, de kunde även kartlägga sina illusoriska minnen och sätta dem i ett verkligt kontext. Detta stärks i Åkerman, Granberg-Axéll, Ersson, Fridlund och Bergboms (2010) studie där dagbokens värde för patienterna i återhämtningsfasen beskrevs likvärdigt. Dagboken används som ett verktyg på de flesta intensivvårdsavdelningarna i Sverige, och är en hjälp i bearbetningsprocessen av intensivvårdsvistelsen. Att patienterna får komma på återbesök och återigen exponeras för miljön, samt få chans att ställa frågor har även det visat sig hjälpa patienterna i sin mentala återhämtning (Åkerman et al., 2010). Enligt SFAI (Svenska Föreningen för Anestesi och Intensivvård, 2009) så skall alla patienter erbjudas återbesök, för att ge patienter och anhöriga en chans för återkoppling men även i syfte att utveckla och förbättra vård och omhändertagande på intensivvårdsavdelningarna runt om i Sverige.

Slutsats och klinisk användbarhet

Patienter med sederingsstopp och tidig aktiv mobilisering visar sig ha en fragmentell minnesbild av sin intensivvårdsvistelse där illusoriska minnen och verklighet är svåra att särskilja. Patienterna har ett behov av att reorientera sig och bilda sig en uppfattning av den förlorade tidsuppfattningen, vilket underlättades av den ökade vakenhetsgraden. Den minskade sederingsgraden med de dagliga sederingsstoppen gjorde att patienterna med hjälp av anhöriga och vårdpersonal fick lättare att reorientera sig och känna sig trygga. Den ökade vakenhetsgraden och den aktiva mobiliseringen i form av sängcyklning främjade delaktighet, möjligheten av att orientera sig och stärkte känslan av kontroll. Denna studie tyder på att patienterna upplevde den minskade sederingen och möjligheten att få sängcykla som mycket

positivt. Implikationen av denna studies resultat och med stöd av tidigare forskning förstärks därmed vinsten med behandlingsstrategierna vilket styrker dess implementeringsbarhet i dagens intensivvård av kritiskt sjuka patienter.

Författarna har suttit tillsammans under hela arbetets gång och gemensamt utarbetat varje enskild del av magisteruppsatsen. Författarna har bidragit till lika stor del. För att ytterligare utvärdera behandlingsstrategin skulle en randomiserad kontrollerad studie ge underlag för fortsatt implementering av behandlingsstrategin med sederingsavbrott och tidig aktiv mobilisering.

Referenslista

- Adler, J., & Malone, D. (2012). Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardiopulmonary physical therapy journal*, 23(1), 5-13.
- Agård, A. S., Egerod, I., Tønnesen, E., & Lomborg, K. (2012). Struggling for independence: a grounded theory study on convalescence of ICU survivors 12 months post ICU discharge. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 28(2), 105. doi: 10.1016/j.iccn.2012.01.008
- Aitken, L. M., & Marshall, A. P. (2015). Monitoring and optimising outcomes of survivors of critical illness. *Intensive Critical Care Nursing*, 31(1), 1-9. doi: 10.1016/j.iccn.2014.10.006
- Allwood, C. M., & Malmgren, H. (2012). Minne och kognition: Studentlitteratur, Lund.
- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric, A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, Va: American Psychiatric Association.
- Bailey, P. (2007). Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Critical care medicine*, 35(1), 139-145. doi: 10.1097/01.CCM.0000251130.69568.87
- Bauer, Å. (1992). Så föddes intensivvården - Tillkomst och tidiga utveckling. *Ventilen*, 2, 9-13.
- Buanes, E. A., Gramstad, A., Sovig, K. K., Hufthammer, K. O., Flaatten, H., Husby, T., . . . Heltne, J. K. (2015). Cognitive function and health-related quality of life four years after cardiac arrest. *Resuscitation*, 89, 13-18. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.12.021
- Burtin, C. (2009). Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. *Critical Care Medicine.*, 37(9), 2499-2505. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181a38937
- Corrigan, I., Samuelson, K. A. M., Fridlund, B., & Thomé, B. (2007). The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive & Critical Care Nursing*, 23(4), 206-215.
- Dellinger, R. P., Beale, R., Calandra, T., Dhainaut, J.-F., Gerlach, H., Harvey, M., . . . Brun-Buisson, C. (2008). Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Intensive care medicine*, 34(1), 17-60. doi: 10.1007/s00134-007-0934-2
- Desai, S. V., Law, T. J., & Needham, D. M. (2011). Long-term complications of critical care. *Critical care medicine*, 39(2), 371-379. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181fd66e5
- Doherty, N., & Steen, C. D. (2010). Critical illness polyneuromyopathy (CIPNM); rehabilitation during critical illness. Therapeutic options in nursing to promote recovery: a review of the literature. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 26(6), 353. doi: 10.1016/j.iccn.2010.08.008
- Ellis, S., Kirby, L. C., & Greenleaf, J. E. (1993). Lower extremity muscle thickness during 30-day 6 degrees head-down bed rest with isotonic and isokinetic exercise training. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 64(11), 1011.
- Engel, H. J., Needham, D. M., Morris, P. E., & Gropper, M. A. (2013). ICU Early Mobilization: From Recommendation to Implementation at Three Medical Centers. *Critical care medicine*, 41(9 Suppl 1), S69-S80. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182a240d5

- Ethier, C., Burry, L., Martinez-Motta, C., Tirgari, S., Jiang, D., McDonald, E., . . . Canadian Critical Care Trials, G. (2011). Recall of intensive care unit stay in patients managed with a sedation protocol or a sedation protocol with daily sedative interruption: A pilot study. *Journal of Critical Care*, 26(2), 127-132. doi: 10.1016/j.jcrc.2010.08.003
- Girard, T. D., Kinniry, P. A., Jackson, J. C., Canonico, A. E., Light, R. W., Shintani, A. K., . . . Pohlman, A. S. (2008). Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 371(9607), 126-134. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60105-1
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hodgson, C. L., Berney, S., Harrold, M., Saxena, M., & Bellomo, R. (2013). Clinical review: early patient mobilization in the ICU. *Critical Care*, 17(1), 207-207. doi: 10.1186/cc11820
- Hopkins, R. O., & Jackson, J. C. (2009). Short- and long-term cognitive outcomes in intensive care unit survivors. *Clinics in chest medicine*, 30(1), 143.
- Jackson, J. C., Bernard, G. R., Dittus, R. S., Ely, E. W., Girard, T. D., Gordon, S. M., . . . Dunn, J. G. (2010). Long-term cognitive and psychological outcomes in the awakening and breathing controlled trial. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 182(2), 183-191. doi: 10.1164/rccm.200903-0442OC
- Jenny, J., & Logan, J. (1992). Knowing the patient: one aspect of clinical knowledge. *Image-the journal of nursing scholarship*, 24(4), 254.
- Johansson, L., Bergbom, I., & Lindahl, B. (2012). Meanings of Being Critically Ill in a Sound-Intensive ICU Patient Room - A Phenomenological Hermeneutical Study. *Open Nurs Journal*, 6, 108-116.
- Karnatovskaia, L. V., Johnson, M. M., Benzo, R. P., & Gajic, O. (2015). The spectrum of psychocognitive morbidity in the critically ill: A review of the literature and call for improvement. *Journal of Critical Care*, 30(1), 130-137. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.09.024
- Kayambu, G., Boots, R., & Paratz, J. (2013). Physical therapy for the critically ill in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Critical care medicine*, 41(6), 1543-1554. doi: 10.1097/CCM.0b013e31827ca637
- Kress, J. P., Pohlman, A. S., O'Connor, M. F., & Hall, J. B. (2000). Daily Interruption of Sedative Infusions in Critically Ill Patients Undergoing Mechanical Ventilation. *The New England Journal of Medicine*, 342(20), 1471-1477. doi: 10.1056/NEJM200005183422002
- Leditschke, I. A., Green, M., Irvine, J., Bissett, B., & Mitchell, I. A. (2012). What are the barriers to mobilizing intensive care patients? *Cardiopulmonary physical therapy journal*, 23(1), 26-29.
- Mendelson, J. H., & Foley, J. M. (1956). An abnormality of mental function affecting patients with poliomyelitis in a tank-type respirator. *Transactions of the American Neurological Association (81 first Meeting)*, 134-138.
- Morris, P. E. (2008). Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Critical care medicine*, 36(8), 2238-2243. doi: 10.1097/CCM.0b013e318180b90e

- Moug, S. J., Grant, S., Creed, G., & Boulton Jones, M. (2004). Exercise during haemodialysis: West of Scotland pilot study. *Scottish medical journal*, 49(1), 14.
- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., . . . Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Critical care medicine*, 40(2), 502-509. doi: 10.1097/CCM.0b013e318232da75
- Needham, D. M., Korupolu, R., Zanni, J. M., Pradhan, P., Colantuoni, E., Palmer, J. B., . . . Fan, E. (2010). Early Physical Medicine and Rehabilitation for Patients With Acute Respiratory Failure: A Quality Improvement Project. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(4), 536-542. doi: 10.1016/j.apmr.2010.01.002
- Parker, A., Sricharoenchai, T., & Needham, D.-M. (2013). Early rehabilitation in the intensive care unit: preventing physical and mental health impairments. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1(4), 307-314.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Radwin, L. E. (1996). 'Knowing the patient': a review of research on an emerging concept. *Journal of advanced nursing*, 23(6), 1142-1146. doi: 10.1046/j.1365-2648.1996.12910.x
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård. (2012). Kompetensbeskrivning - legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. Retrieved 130115, 2015, from http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf
- Ringdal, M., Plos, K., & Bergbom, I. (2008). Memories of being injured and patients' care trajectory after physical trauma. *BMC Nurs*, 7.
- Samuelson, K. A. M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2007). Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in critical care*, 12(2), 93-104.
- Schweickert, W. D., Pohlman, A. S., Pohlman, M. C., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L., . . . Kress, J. P. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 373(9678), 1874-1882. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60658-9
- SFS (2014:821) Patientlagen. Stockholm. Socialdepartementet.
- Strøm, T., Johansen, R. R., Prahl, J. O., & Toft, P. (2011). Sedation and renal impairment in critically ill patients: a post hoc analysis of a randomized trial. *Critical Care*, 15(3), R119-R119. doi: 10.1186/cc10218
- Strøm, T., Martinussen, T., & Toft, P. (2010). A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *The Lancet*, 375(9713), 475-480. doi: 10.1016/S0140-6736(09)62072-9
- Strøm, T., Stylsvig, M., & Toft, P. (2011). Long-term psychological effects of a no-sedation protocol in critically ill patients. *Critical Care*, 15(6), R293. doi: 10.1186/cc10586
- Strøm, T., & Toft, P. (2011). Time to wake up the patients in the ICU: a crazy idea or common sense? *Minerva anesthesiologica*, 77(1), 59.
- Strøm, T., & Toft, P. (2014). Sedation and analgesia in mechanical ventilation. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 35(4), 441.
- Svenska Föreningen för Anestesi och Intensivvård. (2009, 2015-02-15). Riktlinjer för Svensk Intensivvård. Retrieved 2015-04-23, from <http://sfai.se/download-attachment/669/>

- Svenska Intensivvårdsregistret. (2014, 2014-05-23). SIR Årsrapport 2013. Retrieved 2015-01-05, from <http://www.icuregswe.org/sv/Utdata/SIR-Arsrapport-2013/>
- Tanios, M. A., de Wit, M., Epstein, S. K., & Devlin, J. W. (2009). Perceived barriers to the use of sedation protocols and daily sedation interruption: A multidisciplinary survey. *Journal of Critical Care.*, 24(1), 66-73. doi: 10.1016/j.jcrc.2008.03.037
- Tanner, C. A., Benner, P., Chesla, C., & Gordon, D. R. (1993). The phenomenology of knowing the patient. *Image Journal Nursing Scholar*, 25(4), 273-280.
- Torgersen, J., Hole, J. F., Kvale, R., Wentzel-Larsen, T., & Flaatten, H. (2011). Cognitive impairments after critical illness. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55(9), 1044-1051. doi: 10.1111/j.1399-6576.2011.02500.x
- Treggiari, M. M. (2009). Randomized trial of light versus deep sedation on mental health after critical illness. *Critical care medicine*, 37(9), 2527-2534. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181a5689f
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: from mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1.
- Tulving, E., & Craik, F. I. M. (2000). *The Oxford handbook of memory*. Oxford: Oxford University Press.
- World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 64th. Retrieved 0423, 2015, from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Åkerman, E., Granberg-Axéll, A., Ersson, A., Fridlund, B., & Bergbom, I. (2010). Use and practice of patient diaries in Swedish intensive care units: a national survey. *Nursing in critical care*, 15(1), 26-33. doi: 10.1111/j.1478-5153.2009.00364.x

Bilaga 1



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund och syfte

De senaste åren har forskningen kring patienter som vårdas på intensivvårdsavdelningen tydligt visat på positiva resultat då de behandlats med mer aktiv träning och minskad sedering under tiden de blivit ventilatorbehandlade. Forskning visar att denna behandling har lett till minskat antal dagar i ventilator och har förkortat vårdtiden på intensivvårdsavdelningen. Däremot finns det inte tillräckligt med forskning kring patienternas egna minnen efter att ha fått denna typ av behandling under intensivvårdstiden. Syftet med denna studie är således att belysa vad patienter som behandlats med minskad sedering och mer aktiv träning minns av intensivvårdstiden då de ventilatorbehandlats.

Förfrågan om deltagande

Du är en utav de intensivvårdade patienter som erhållit denna nya behandlingsstrategi och härmed tillfrågas du om du vill delta i denna intervjustudie där vi söker svar på vad just du har för minnen från din tid på intensivvårdsavdelningen.

Hur går studien till?

Om du väljer att delta i studien kommer du att bli kontaktad av någon utav de ansvariga för studien för en intervju. Du bestämmer själv tidpunkten för intervjun och om du vill utföra den via telefon eller via ett personligt möte. Intervjun beräknas ta cirka 30-60 minuter och kommer att spelas in på band för att sedan skrivas ut i textformat för att sedan kunna analyseras.

Risker och fördelar för dig att medverka?

Vi ser inta uttalade risker för dig att delta. Möjligen kan intervjun väcka minnen till liv som tillfälligt kan kännas obehagliga. Du kan då välja att avbryta intervjun eller genom intervjuaren få kontakt med psykolog för att bearbeta eventuellt obehag. Vi ser inga direkta fördelar för dig att delta men upplever att det också kan uppfattas positivt att få dela med sig av erfarenheter från intensivvårdstiden.

Hantering av data och sekretess

Allt material som är insamlat kring studien kommer att hanteras och publiceras på ett avidentifierat sätt, vilket betyder att ingen enskild individ kan komma att identifieras då data sammanställs. När studien är genomförd kommer allt material förvaras inlåst på Sahlgrenska Akademin enligt etikprövningsnämndens riktlinjer. Studiens resultat kommer att utgöra en grund för vetenskaplig publicering.

Hur får jag information om studiens resultat?

För att få ta del av studiens utveckling eller resultat, kontakta gärna någon av de ansvariga för studien.

Försäkring, ersättning

Patientskadeförsäkringen gäller. Ingen ersättning utgår.

Frivillighet

Ditt medverkande i studien är frivilligt och du kan när som helst under studiens gång välja att avbryta ditt deltagande. Du behöver inte förklara varför du väljer att inte medverka likaså behöver du inte förklara varför du inte vill fortsätta medverka i studien. Ditt val att medverka eller inte kommer inte att påverka din fortsatta behandling.

Ansvariga för studien

Har du frågor eller funderingar, vänligen kontakta någon utav oss.

Intensivvårdssjuksköterska: Carolina Norén

Mail: gusjnojca@student.gu.se

Intensivvårdssjuksköterska: Louise Lundholm

Mail: guslunloc@student.gu.se

Handledare: Margareta Warrén Stomberg

Mail: margareta.warren.stomberg@gu.se

Tel: 031-7866026