

VAD MINNS PATIENTEN AV SIN VISTELSE PÅ EN INTENSIVVÅRDSAVIDELNING?

*Godkänd 23 maj 2005
Hans Ragneskog
universitetektor*

FÖRFATTARE	Liz Kristiansson-Danielsson Cecilia Lindell
KURS	Omvårdnad - Självständigt arbete I VT 2005
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Mona Ringdal
EXAMINATOR	Hans Ragneskog

FÖRORD

*Old friends pass away,
New friends appear.
It is just like the days.
An old day passes,
A new day arrives.
The important thing
Is to make it
meaningful:
a meaningful friend
or a meaningful day.*

Dalai Lama

Titel: Vad minns patienten av sin vistelse på en intensivvårdsavdelning?

Titel (engelsk): Patients' memories of Intensive Care.

Arbetets art: Eget arbete, fördjupningsnivå I

Kurskod: Omvårdnad – Självständigt arbete I – VOM080

Arbetets omfattning: 10 poäng

Sidantal: 23 sidor

Författare: Liz Kristiansson-Danielsson och Cecilia Lindell

Handledare: Mona Ringdal

Examinator: Hans Ragneskog

SAMMANFATTNING

Att befinna sig på en intensivvårdsavdelning innebär en mängd olika stimuli för patienten. Dessa stimuli samt olika läkemedel som ges kan påverka minnesfunktionen. Att kunna minnas är viktigt. Om en del av livshistorien är okänd kan det påverka vår känsla av identitet. Traumatiska minnen kan leda till utveckling av delirium eller Posttraumatisk Stress Disorder och detta kan påverka framtida hälsa och livskvalitet. Syftet med denna litteraturstudie var att få kunskap om vilka minnen patienterna bär med sig från en vistelse på en intensivvårdsavdelning samt hur patienterna upplever sin hälsa och livskvalitet efter intensivvårdsvistelsen. De vetenskapliga artiklarna till resultatredovisningen söktes via databaserna PubMed och CINAHL, samt via manuell sökning i referenslistor. Resultatet presenterades som teman: att inte minnas, verkliga minnen, överkliga minnen och framtida hälsa. Drygt en tredjedel av patienterna uppgav att de inte hade några minnen. Orsakerna verkade bero på ett flertal faktorer, t.ex. respiratorbehandling, vårdtidens längd, sjukdomens svårighetsgrad samt mediciner. De verkliga minnena kunde vara såväl emotionella som fysiska och kom ofta från tiden när patienten tränades ur respiratorn. Minnena rörde ofta endotrachealtuben, intensivvårdsmiljön, rädsla och smärta. Överkliga minnen upplevdes mycket skrämmande. Dessa minnen fanns kvar hos patienterna under lång tid och förhindrade ibland fullständig psykisk återhämtning. Patienter med överkliga minnen löpte risk att utveckla delirium. Många patienter upplevde sig ha sämre hälsa och livskvalitet efter intensivvårdsvistelsen. Problem som koncentrationssvårigheter trötthet, värk och sömnproblem nämndes. Sjuksköterskans kunskap om de olika typerna av minnen var viktig för att i sitt omvårdnadsarbete kunna skapa så många faktiska och positiva minnen som möjligt. Det var viktigt att hjälpa patienten att minnas samt bearbeta sin intensivvårdstid genom t.ex. samtal, dagböcker och återbesök. Framtida forskning bör koncentreras på hur minnena påverkar patienten i det långa loppet.

Sökord: intensive care, critical care, ICU, memory, recall, recollection, health, quality of life.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sid
INTRODUKTION	5
INTENSIVVÅRDSMILJÖN OCH PATIENTEN SOM VÅRDAS PÅ EN INTENSIVVÅRDSAVDELNING	5
MINNET	5
Minnets fysiologi	6
Orsaker till minnesförlust	6
Läkemedelspåverkan på minnet	6
Traumatiska minnen	7
HÄLSA	8
Filosofisk syn på hälsa och minne	9
OMVÅRDNADSPERSPEKTIVET	9
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
METOD	10
RESULTAT	11
ATT INTE MINNAS	11
VERKLIGA MINNEN	12
OVERKLIGA MINNEN	14
FRAMTIDA HÄLSA	15
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION	17
REFERENSLISTA	22
BILAGA 1	

INTRODUKTION

INTENSIVVÅRDSMILJÖN OCH PATIENTEN SOM VÅRDAS PÅ EN INTENSIVVÅRDSAVDELNING

Att befinna sig på en intensivvårdsavdelning (IVA) innebär en mängd olika stimuli för patienten. I allmänhet vårdas en till sex patienter på samma sal på avdelningen, beroende på hur sjuka patienterna är. Det är en miljö präglad av ett oerhört säkerhetstänkande, där utrustningen som används understöder och behandlar sviktande vitala funktioner.

Den tekniska apparatur som används i vården av patienten har olika larmsignaler. Både apparaturen och dess larm ger en hög ljudnivå i rummet. Hög ljudnivå är en miljöfaktor som orsakar obehag för patienten, konsekvenserna kan bestå i störd sömn, försämrad sårhäkning och sympatikuspåslag (1).

Som patient på IVA blir man till en början helt beroende av andra. Personal finns hela tiden på rummet vilket skapar en trygghet för många patienter medan andra kan uppleva det som ett intrång i den personliga integriteten. Vårdarbete med patienten/medpatienterna, i form av diverse kontroller och undersökningar, pågår dygnet runt vilket innebär att det oftast är en stark belysning runt patienten även nattetid. Morton et al. (1) menar att konstant stark belysning hindrar den normala dygnsrytmen, vilket kan störa kroppens normala melatonininsöndring.

Som patient på IVA är man ofta kopplad till olika slangar och sladdar som ett led i övervakningen av sviktande funktioner. Detta gör att man som patient har svårt att röra sig och kan uppleva sig vara fjättrad vid sängen. För att underlätta för patienten ges ofta sedativa och analgetika, detta samt medvetlöshet innebär en fluktuerande vakenhet hos patienten. Vad patienten minns från vården på IVA kan påverka den framtida hälsan (2). Om patienten har överkliga minnen från IVA-tiden kan detta vara tecken på intensivvårdssyndrom som i sin tur även kan påverka mortaliteten (3).

Sjuksköterskans mål bör i största möjligaste mån vara att främja jämvikt mellan det fysiska och det emotionella. Att helt eliminera de stimuli som patienten kan uppleva som stressande är oftast inte möjligt. Därför måste sjuksköterskan kunna identifiera patientens behov för att på bästa sätt kunna stödja honom under vårdtiden. Sjuksköterskan har också till uppgift att skapa en miljö där patienten känner sig trygg. Omvårdnaden och det emotionella stöd som patienten får är ofta det som han kommer ihåg oavsett hur teknisk kunnig sjuksköterskan är (1).

MINNET

Hur vi minns känslomässiga händelser och livshändelser är intressant eftersom det innefattar två viktiga och livsavgörande funktioner – att kunna uppleva känslor och att kunna minnas. Om en del av livshistorien är okänd kan det påverka vår känsla av personlig identitet (4).

Det mänskliga minnet kan indelas i tre större system: *sensoriskt minne*, *korttidsminne* och *långtidsminne*. Det sensoriska minnet är ett mycket kortvarigt lager för sinnesinformation, d.v.s. sensoriskt minne lagrar mycket information på

mycket kort tid. Information som inte förs vidare till korttidsminnet går förlorad. Korttidsminnet (arbetsminnet) lagrar lite information på kort tid, 10-20 sekunder, det tar emot information, bearbetar denna och överför den till långtidsminnet. Långtidsminnet lagrar mycket information under lång tid. Repetition och bearbetning hjälper till att föra in minnen i långtidsminnet (4).

Det minne som framför allt har betydelse för patienten som vårdas på IVA är långtidsminnet. Tre olika typer av långtidsminnessystem nämns i litteraturen: *episodiskt minne*, *semantiskt minne* och *procedurminne*. Episodiska minnet är det personliga minnet, det vi kommer ihåg av det vi upplevt. Vi lagrar det vi upplevt i episoder. Semantiskt minne är kunskapsminnet och procedurminnet kan översättas med handlingsminnet. Associationer – såsom en luktförnimmelse, ett ansiktsuttryck, en formulering, en bild, ett ord eller en känslöstämning – utgör ledtrådar som vi rekonstruerar utifrån och som hjälper oss att återskapa den ursprungliga händelsen. En känsloladdad händelse kan förväntas skapa ett rikt nätverk av associationer. Denna typ av händelser bearbetas på ett mer ingående sätt än andra, eftersom vi berörs av dem samt eftersom de ofta får konsekvenser för oss (4).

Det har länge diskuterats om minnet och tankeförmågan. Redan i Platons och Sokrates skrifter visas på vikten av att minnas det som tidigare har skett, detta sattes i samband med frågan om själens odödlighet (5).

Minnets fysiologi

Limbiska systemet är det system i hjärnan som ger händelser en känslomässig mening samt lagrar minnesinformation. Det mobiliserar flykt- och försvarsreaktioner och fungerar som ett belöningssystem som kan ge vällustkänslor. Limbiska systemet består av amygdala och hippocampus. Hypotalamus förbinder det limbiska systemet med de endokrina organen så att våra känsloupplevelser kan yttra sig i kroppsliga reaktioner, t ex när en känsla av hot leder till ökad utsöndring av noradrenalin. Aktiviteten i amygdala baseras på signalsubstansen noradrenalin som har betydelse för minnen av negativa erfarenheter (4).

Orsaker till minnesförlust

Minnesförlust kan uppstå av både psykiska och fysiska orsaker, därför skiljes mellan psykogen minnesförlust och organisk minnesförlust. Organisk minnesförlust kan uppträda i samband med olika hjärnsjukdomar och hjärnskador, t ex tumörer, meningiter, epilepsi och skallfrakturer. Kemiska medel såsom alkohol, droger och narkosmedel kan även de orsaka organisk minnesförlust. Både psykogen och organisk minnesförlust ger retrograd (svårt att minnas händelser före skadan) samt anterograd (svårt att lära ny information efter skadan) amnesi. Vid organisk minnesförlust är den retrograda amnesin begränsad i tid, oftast till några dagar eller veckor före skadan, och omfattar sällan individens hela identitet, vilket kan vara fallet vid psykogen minnesförlust. Den anterograda minnesproblematiken vid organisk minnesförlust är däremot betydligt mer påtaglig än vid psykogen glömska och kan sträcka sig över flera veckor, ibland är den till och med permanent. Detta hänger samman med de blödningar, svullnader eller andra förändringar i hjärnan som uppstått i samband med skadan (4).

Läkemedelspåverkan på minnet

Många av de läkemedel som används inom intensivvården kan påverka minnesfunktionen. Patienten som vårdas på IVA får ofta utifrån tillförda stresshormoner, t.ex. adrenalin, noradrenalin och hydrokortison. Schelling et al. (6) har visat att stresshormoner kan ge traumatiska minnen i form av oro, panik och mardrömmar. Samtidigt visas att tillförsel av hydrokortison perioperativt under hjärtkirurgi minskar risken att utveckla Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) sex månader efter operation (7).

I en reviewartikel tar Jones et al. (8) upp sambandet mellan läkemedel, sömn och hyperlipidemi. En av de mest använda anestetika inom intensivvården är Propofol, vilken innehåller en baslösning av fettemulsion. Propofol som ges under en längre tid kan orsaka hyperlipidemi. Hyperlipidemi orsakar en försening av normal hjärnfunktion och kan därför påverka minnesfunktionen. Dosstorlek och duration av Propofol spelar roll för minnesfunktionen. Opiater inhiberar frisättningen av acetylcholin, vilket spelar roll för inlärning och minne. De ger också en försämrad djupsömn. Bensodiazepiner ger ofta anterograd amnesi (8).

Traumatiska minnen

Med begreppet traumatisk menas en psykisk stressupplevelse som är känslomässigt överväldigande. Det är en händelse som utgör ett hot eller en förlust av viktiga livsvärden och där individens tidigare livserfarenheter inte räcker till för att hantera den uppkomna situationen. En sådan upplevelse ger upphov till ångest, förvirring, påträngande tankar och minnen av händelsen, återkommande mardrömmar etc. Dessa symtom kan vara relativt snabbt övergående, men kan också bestå under flera år. I vissa fall kan de sjunka undan, men återkomma i allvarligare form när individen utsätts för ett nytt trauma. Traumatiska upplevelser kan också ge upphov till tillfälliga minnesblockeringar både av den chockerande händelsen i sig och av information som föregått händelsen, ibland omfattar blockeringen individens hela identitet (4).

Delirium eller intensivvårdssyndromet (IVA-syndromet) och Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) är två tillstånd som kan drabba patienten som vårdas på IVA till följd av traumatisk kris, stress etc. Det finns mer än 25 olika termer för att beskriva den kognitiva förvirring som en patient som vårdas på IVA kan drabbas av (9). I litteraturen används begreppen delirium och IVA-syndrom för att beskriva likartade tillstånd. I Sverige används oftast benämningen IVA-syndrom.

IVA-syndromet utvecklas vanligtvis i anslutning till intensivvården medan PTSD antingen kan uppkomma en kort tid efter vården eller med fördröjning, i det senare fallet minst sex månader efter vården (10-11). Enligt diagnossystemet DSM IV definieras delirium som en medvetandestörning med ouppmärksamhet och förändring av den kognitiva förmågan eller perceptionsstörning som utvecklas under en kort period, timmar till dagar, och fluktuerar över tid (9). I Bergboms avhandling från 1989 (12) framgår att IVA-syndromet beskrevs redan 1966 av Mc Kegney. Enligt honom kännetecknas det av svårigheter att orientera sig till tid och rum. Senare kan aggressivitet, syn- och hörselhallucinationer ökande till delirium uppträda. Orsaken till att det här syndromet uppstår beror enligt Mc Kegney på den för patienten främmande miljön, den stora mängden monotona syn- och hörselintryck samt att patienten är fjättrad vid sängen, vid exempelvis

respiratorbehandling. Senare har andra forskare visat på ytterligare troliga orsaker till syndromets uppkomst såsom cerebral hypoxi, sjukdomen eller skadan i sig med sina patofysiologiska rubbningar, den medicinska behandlingen, den okända och främmande intensivvårdsmiljön och olika rutinmässiga omvårdnadsåtgärder. Även smärtstillande och lugnande medel, som ofta ges till dessa patienter, kan ytterligare påverka förmågan att tolka olika stimuli. Avhandlingen redovisar också Fisher & Moxhams antaganden att IVA-syndromet framför allt är ett svar på antingen sensorisk överstimulering, sensorisk enformighet och/eller allvarlig sömnbrist (12).

Granberg (10) menar att patienten som vårdas på IVA befinner sig i en speciell situation baserad på dess livshotande situation och dess tekniska omgivning. Dessutom påverkar många av de använda medicinerna hjärnan. Hon menar att med denna bakgrund går det inte att helt jämföra delirium med IVA-syndromet, då det sistnämnda är en komplikation av intensivvården.

Människor som varit med om traumatiska händelser kan få känslomässiga reaktioner såsom dödsångest, nedstämdhet och vredesutbrott. Även överklighetskänslor, mardrömmar, sömnproblem och ökad ljud- och ljuskänslighet förekommer. Dessa reaktioner brukar oftast klinga av med tiden, men ibland går utvecklingen åt motsatt håll. Symtomen förstärks och PTSD har utvecklats. PTSD kan indelas i tre olika typer av reaktioner:

1. Återkommande ofta påträngande upplevelser t.ex. plågsamma minnen och mardrömmar.
2. Försök att undvika intryck som påminner om traumat.
3. Ökad aktiveringsgrad med irritabilitet, ökad känslighet för ljud- och ljud, koncentrationssvårigheter och att man överdrivet "är på sin vakt" (13).

Exempel på ovanstående händelser är allvarliga olyckor, krig, katastrofer, vittne till annans död, att bli utsatt för våld, tortyr, terrorism, våldtäkt, kroppsförlust, kroppsskada, dödshot eller drabbats av livshotande sjukdom. Patienten som vårdas på IVA kan ligga i riskzonen för att utveckla PTSD. Upplevelsen av att vara hjälplös och drabbas av oväntade komplikationer t.ex. andningssvikt, konstiga mardrömmar, hallucinationer eller svår smärta, kan utan tvekan upplevas som hotande för ens existens (11).

HÄLSA

Hälsa kan uppfattas och beskrivas på olika sätt. Hälsa som frånvaro av sjukdom, där sjukdom ses som en avvikelse från det normala. Hälsa som välbefinnande som kan kopplas till begreppet livskvalitet. Med livskvalitet menas vanligtvis en självskattning av sitt eget välbefinnande. Hälsa kan också ses som en resurs hos den enskilde individen, där ens personlighet spelar roll för hur man tolkar en situation. Detta ligger nära Antonovskys begrepp "känsla av sammanhang" som menar att hälsa är ett sätt att förhålla sig till livet (13).

Av detta framgår att hälsan kan säkerställas och den kan försämrats till följd av människors vardagsförhållanden, interaktion, livsstil och val. Den vanligaste definitionen av hälsa är WHO:s definition från 1946 som lyder:

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (14).

Denna definition visar på hälsa som ett flerdimensionellt begrepp, som innehåller biologiska, psykologiska och sociala komponenter. Hälsobegreppet är svårt för att alla människor ser olika på det. Att begreppet är flerdimensionellt innebär också att det kan ses som en förändringsprocess. Detta kan exemplifieras genom att tänka sig en linje med sjukdom i ena änden och hälsa i den andra änden, där människan hela tiden glider mellan ökad hälsa eller mot sjukdom. En person som är svårt rörelsehindrad kan må bra psykiskt och socialt och uppleva sig ha full hälsa. Hälsa behöver således inte vara ett nödvändigt utgångsläge eller förutsättning för lycka och välbefinnande (livskvalitet). Sjukdom utesluter inte lycka och garanterar heller inte misär och lidande. Hälsa och sjukdom är något man har i relativ grad (13).

Filosofisk syn på hälsa och minne

Filosofen Gadamer har intresserat sig för begreppen hälsa, minne och helhet. Hälsa är något människan inte tänker på när hon är frisk, men vid sjukdom börjar hon fundera på sin hälsa. Vid sjukdom är det slutliga målet att åter bli frisk och därmed glömma bort att man är vid hälsa (5).

Minnet är något som finns inprogrammerat hos alla levande varelser, däremot förmågan att erinra sig är förbehållen människan. Att erinra sig något är en form av tänkande och därmed ett sökande. Detta beskriver Gadamer (5) som hur det kan vara att ha ett ord på tungan och ändå måste söka efter det, ofta utan att finna det rätta. Men just att kunna söka och till slut veta när man hittat vad man sökte, är utmärkande för människan. Minnet beskrivs i olika nivåer, det kan sjunka ner, förlora sin närvaro och det kan hämtas tillbaka (5).

Att kunna behålla, glömma och återerinra hör till människans historiska tillstånd. Människan kommer ihåg vissa saker och behåller vissa minnen medan hon gör sig av med andra. Glömskan är kopplad till förhållandet mellan bevarandet och återkallandet av minnen. Förmågan att minnas och att glömma har betydelse för vårt välbefinnande och vår hälsa (15). Sjukdom är det som tränger sig på, som är störande och det farliga som måste klaras av. Att bli av med sjukdomen är att bli frisk som i sin tur innebär att återfå helheten. Att återfå helheten är att återfå hälsan (5).

OMVÅRDNADSPERSPEKTIVET

Kari Martinsens omsorgsteori skiljer sig väsentligt från vad som traditionellt brukar betecknas som omvårdnadsteorier. Hennes arbete kan betraktas som en filosofisk teori, grundad på filosoferna Lögstrup, Husserl och Lipps. Grundtanken är att omsorg utgör fundamentet för all omvårdnad. Omvårdnad är uppbyggd kring begreppet omsorg. Omsorg är enligt Martinsen ett ontologiskt fenomen, detta innebär att omsorg är en grundläggande förutsättning för allt mänskligt liv. Omsorgens primära betydelse hänger samman med att den mest grundläggande aspekten i människans tillvaro är människors beroende av varandra. Beroendet av andra människor blir särskilt tydligt i samband med sjukdom, lidande och funktionsnedsättning (16).

Det finns tre aspekter på omsorg:

- *Omsorg som ett relationellt begrepp* som innefattar ett öppet och nära förhållande mellan två människor.
- *Omsorg som ett moralbegrepp* knutet till principen att ta ansvar för de svaga.
- *Omsorg som inbegriper utförande av konkreta, situationsbetingade handlingar* baserade på förståelsen av vad som bäst gagnar den andra personen.

Martinsen menar att eftersom livet existerar i relation mellan människor består omvårdnadens grundläggande natur i omsorg, i bemärkelsen en relation mellan sjuksköterska och patient, där det är sjuksköterskans uppgift att ta vara på den andre på ett sätt som gagnar honom. Sjuksköterskans förståelse för individens situation är viktig för att kunna utöva omsorg. Denna förståelse kan växa fram ur gemensamma erfarenheter som fås dels genom gemensamma upplevda situationer eller likartade erfarenheter. Omvårdnad är en professionell ställföreträdarfunktion där fokus ligger på att tillvarata den andres liv och intressen. För detta krävs öppenhet med alla sinnen, tolkning samt handlingar baserade på professionellt och moraliskt omdöme (16).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med detta arbete var att få kunskap om vilka minnen patienterna bär med sig från en vistelse på IVA samt hur patienterna upplever sin hälsa och livskvalitet efter IVA-vistelsen. Våra frågeställningar var:

- Vilken typ av minnen har patienten?
- Finns det några faktorer som påverkar minnet?
- Hur påverkar minnena patientens framtida hälsa och livskvalitet?

METOD

Detta arbete är en litteraturstudie. Resultatet baseras på 17 vetenskapliga artiklar. Artiklarna har sökts via databaserna PubMed och CINAHL vid ett flertal tillfällen under maj- december 2004. Endast elektroniskt tillgängliga artiklar har använts. Sökningarna i CINAHL avgränsades i tid mellan åren 1997 – 2004. Följande sökord har använts i olika kombinationer: intensive care, critical care, ICU, memory, recall, recollection, health och quality of life. Många av artiklarna återkom regelbundet i såväl referenslistor som träfflistor. Det slutliga urvalet av artiklar bestämdes utifrån artiklarnas relevans i förhållande till syfte och frågeställningar. Samtliga artiklar som handlade om thoraxintensivvård och barnintensivvård valdes bort. Vi valde även bort artiklar som specifikt tittade på äldre patienters problematik inom intensivvård.

Databas	Sökord	Antal träffar	Utvalda artiklar	Referensnummer
PubMed	memory intensive care	140	5	21, 23, 25, 27-28
PubMed	memory, recall intensive care	44	1	26
PubMed	memory, health intensive care	36	2	24, 33
PubMed	memory quality of life intensive care	15	3	18, 20, 29
PubMed	recollection, health intensive care	5	1	19
CINAHL	memory intensive care	16	1	17

Dessutom har två artiklar (30-31) hämtats från ovanstående artiklars referenslistor. Två artiklar (22,32) har vi fått från vår handledare.

Se bilaga 1 för presentation av granskade artiklar.

RESULTAT

Vi har valt att presentera resultatet utifrån våra frågeställningar. För att få en mer lättläst text har vi valt att presentera ev. faktorer som en del i texten under de olika typerna av minnen. Minnena har delats upp i *att inte minnas*, *verkliga minnen* och *overkliga minnen*.

ATT INTE MINNAS

Artiklarna visar att mellan 14- 43 % av patienterna inte har några minnen från sin IVA-vistelse/tid (17-22). Rundshagen et al. (23) visar att nästan 65 % av kirurgpatienterna inte kom ihåg något från att de blev medvetslösa tills att de vaknade upp. Granberg et al. (24) menar däremot att patienterna visst kommer ihåg sin tid på IVA. I studien uttryckte patienterna till en början att de inte kunde minnas något, men efter det att de blivit informerade om vilken tid det gällde började de beskriva vissa upplevelser. Upplevelserna kunde både vara verkliga och overkliga minnen.

Orsaken till att patienter inte kommer ihåg eller inte har ett klart minne av sin IVA-tid kan bero på ett flertal faktorer såsom respiratorbehandling och antal dagar i

respirator (17-18,20-21), vårdtidens längd (18, 23), akut inläggning (18), sjukdomens svårighetsgrad (21-22) samt medicineringen (19, 22).

Rotondi et al. (21) påvisade att de patienter som inte mindes IVA eller endotrachealtuben var sjukare än de som kunde minnas och vårdades längre tid med respirator. Författarna tolkar att patienter som har längre tids respiratorbehandling ofta är djupare sederade, därav kan de inte erinra sig sina minnen och upplevelser eller så har de inga. Två studier uppvisade inget samband mellan typ och mängd av sedering och att patienterna inte hade några minnen (18-19).

VERKLIGA MINNEN

Verkliga minnen beskrivs i artiklarna på olika sätt. De kan vara emotionella minnen eller fysiska minnen. Genomgången av artiklarna visar att de vanligaste verkliga minnena är:

- | | |
|------------------------|----------------------|
| • Att inte kunna prata | • Endotrachealtuben |
| • Att känna törst | • Personal |
| • Att inte ha kontroll | • Svårighet att sova |
| • Rädsla | • Teknisk apparatur |
| • Smärta | • Anhöriga |
| • Medpatienter | • Ljud & Ljus |
| • Behandling/Omvårdnad | |

(18-19, 21-22, 25).

Hur många verkliga minnen en patient har av sin IVA-tid varierar. Så många som ca hälften av patienterna kunde peka ut det mest obehagliga minnet av sin IVA-tid, varav de värsta rörde smärta, brist på kontroll, svårighet att tala och endotrachealtuben (18, 25). De verkliga minnena härrörde sig ofta från tiden när patienterna tränades ur respiratorn, 17 % av patienterna kom ihåg endotrachealtuben eller respiratorn (23). Granberg et al. (24) fann i sin genomgång att det första verkliga minnet patienterna hade av sin IVA-vistelse var minnet av anhöriga och/eller extubationen.

Rotondi et al. (21) har studerat erfarenheter som är specifikt kopplade till att vara intuberad. Patienterna i studien uppvisade endast stressande minnen relaterade till endotrachealtuben såsom sömnproblem, smärta och obehag, att inte kunna prata och oro för att lämnas ensam. Av patienterna sade sig 32 % komma ihåg panik- och skräckupplevelser som var associerade till endotrachealtuben. Dessa upplevelser var framför allt kopplade till smärta och obehag, oro och att inte kunna prata. Svårigheter att andas efter extubering upplevde ca 65 % av patienterna i studien som ett stressande minne.

Flera av studierna tar upp minnen som är specifikt kopplade till IVA-miljön (18-19, 22, 25-26). Patienterna liknade IVA med yttre rummet, fabriker, krigszoner och ett rum av skräck där andra människor gråter och skriker av smärta. En patient beskrev IVA som en konstig plats med maskiner som piper:
" There were so many machines. Like a sci-fi movie- me with my red-glowing finger" (22 s. 786).

Teknisk apparatur som används på IVA kan leda till existentiella frågor och grubblerier förutom en obekväm kroppsposition och känsla av att vara fjättrad vid sängen.

” Tubes and lines all over me, in my arms and legs, forcing me to lie still, they also had lines in my stomach so it was impossible for me to lie on my side. I felt bound and controlled by the equipment, which was both alien and noisy” (24 s. 303-304).

Minnen kopplade till medpatienter tas ofta upp i studierna, ofta var patienterna medvetna om det fanns eller inte fanns andra patienter i rummet. Beskrivningar av medpatienter som gör djurlika ljud, skriker så man inte kan sova förekommer (18-19, 22, 24, 25-26). Minnena kopplade till medpatienter följdes ofta av känslan av brist på avskildhet.

” A patient next to me was distressed. I felt like an intruder hearing all his screams of distress“ (22 s. 787).

Patienternas minnen av vårdpersonalens bemötande beskrevs både negativt och positivt. Som negativa minnen nämndes att personal kom in i rummet och diskuterade patienten som om han inte vore där och att personalen pratade mer med anhöriga än med patienten själv. Många patienter beskrev positiva minnen kopplade till personalen där korta fraser om var man var, vilken dag och vad klockan var, varför man var intuberad och hade respirator och varför vissa undersökningar skulle göras som lugnande. Den viktigaste frasen patienterna påtalade var: ”vi försöker bara hjälpa dig” (27).

Bennun et al. (17) beskriver att verkliga minnen kan vara av både stressande och icke stressande natur. Exempel på icke stressande minnen är att få läpparna fuktade och att bli tvättad. Vändning, extubation, illamående och rädsla för att inte kunna prata igen är exempel på minnen som beskrivs som stressande. Studien visade att mer än 50 % av patienterna kom ihåg upp till fyra minnen från sin IVA-tid. Det var en signifikant korrelation mellan antal ihågkomna minnen och tid i respirator. Detta berodde på att ju längre tid en patient respiratorvårdades desto större möjlighet att han kom att genomgå undersökningar och omvårdnadsåtgärder som kunde bli ihågkomna, detta då sederingen oftast successivt trappades ned. Bennun et al. (17) valde att försöka få fram hur mycket av IVA-aktiviteterna som sederade patienter kom ihåg. Författarna intervjuade patienterna med hjälp av ett frågeformulär där två aktiviteter fanns med som inte hade utförts på IVA, hårtvätt och att äta mat. Dessutom spelades musik en stund varje dag som patienterna var sederade. Inom fem dagar efter utskrivning från IVA utfördes intervjun. Av patienterna kunde 14 av 71 komma ihåg att de hade fått lyssna på musik. Det förekom mycket få falskt positiva svar angående hårtvätt och matintag. Av detta drog författarna slutsatsen att 20 – 25 % av IVA-aktiviteterna kunde bli ihågkomna av sederade patienter.

Adamson et al. (28) säger däremot att patienterna har mycket få specifika minnen av sin IVA-tid. På det hela taget kunde de inte komma ihåg personal, teknisk apparatur eller ljud. Inte heller var de kapabla att identifiera sin första eller sin sista dag på IVA. Smärta var det enda tydliga minnet några av deltagarna i studien hade. Jones et al. (29) fann att förmågan att komma ihåg verkliga minnen inte har något samband

med antal IVA-dagar, antal dagar i respirator, sederingsstid eller sederingsregim. Inte heller kan något samband uppvisas med hur sjuk patienten var vid ankomst till IVA.

OVERKLIGA MINNEN

Utifrån genomgången av artiklarna framträder minnen som på något sätt är överkliga, benämningen delusional memories (inbillningsminne) används ofta. Vissa författare kallar denna typ av minnen för obehagliga/upprörande minnen. Vi har valt att kalla alla dessa begrepp för överkliga minnen.

Patienterna beskrev överkliga minnena med begrepp som dumma fantasier, mardrömmar, galna drömmar, hallucinationer och illusioner (19, 21-22, 25, 30). Överkliga minnen, framför allt mardrömmar och hallucinationer, förekom hos 7-30 % av patienterna (19, 22-23, 25). Dessa minnen upplevdes vanligtvis mycket skrämmande av patienterna och antog ofta formen av att någon försökte döda eller kidnappa dem. Personalen upplevdes i drömmarna och hallucinationerna av vissa patienter som poliser eller voodokvinnor som var ute efter dem (19, 22-23). En patient berättade att dessa fruktansvärda mardrömmar av personal som försökte döda honom stod i stark kontrast med hans positiva minnen av personalens omvårdnad (22).

Patienter som hade en vårdtid på IVA längre än ett dygn rapporterade i mycket högre grad hallucinationer (14,2 %) jämfört med de patienter som hade en vårdtid kortare än ett dygn (0,6 %) (23). Äldre patienter rapporterade oftare hallucinationer jämfört med yngre patienter (25). Många patienter visste inte om deras överkliga minnen hade hänt eller inte. De kände ovilja att prata om upplevelserna och kände oro av att bli påmind om dem. Studier visar att överkliga minnen är de minnen som kvarstår över tid och förhindrar ibland fullständig psykisk återhämtning (22-23, 26).

Jämförelse mellan icke-intuberade patienter och intuberade patienter visade att intuberade patienter hade mindre mängd totala minnen av sin IVA-tid, men större andel överkliga minnen. Känslan av förvirring och paranoia var också mest intensiv hos intuberade patienter. Patienter mindes att någon var ute efter dem, att någon försökte skada dem och att man slogs mot personalen. Minnet av att vara desorienterad beskrevs som att förlora fotfästet, dvs. en känsla av att fullständigt förlora kontrollen. För att återfå en del av denna förlorade kontroll behövdes personalens försäkrande/förklarande ord om och om igen (20, 27).

Granberg et al. (24) skildrar hur en patient hörde en medpatient på andra sidan draperiet dö under dramatiska omständigheter. Ingen personal pratade med patienten om vad som hänt men han förstod att medpatienten dött och kände skräck. Samma kväll kom en ny medpatient som var svårt skadad. Morgonen därpå kände patienten sig förvirrad och hade flera överkliga upplevelser. En del patienter har känt sig hjälpta av att se medpatienter vårdas i respirator, då de har förstått hur de själva har haft det. Författaren menar att enbart patienter som känner sig trygga och inte är utmattade kan se och höra andra patienter lida utan att själva känna fruktan.

De flesta patienter har både verkliga och överkliga minnen från sin IVA-tid. Jones et al. (29) undersökte 45 patienter varav nio patienter endast hade överkliga minnen i form av hallucinationer och/eller paranoida tankar. Dessa patienter var mer oroliga

och deprimerade två veckor efter utskrivning från IVA. I mätningar för akuta PTSD-relaterade symtom åtta veckor efter utskrivning löpte de större risk för att utveckla PTSD. Verkliga minnen minskade med tiden medan överkliga minnen som hallucinationer etc. kom patienterna ihåg lika starkt åtta som två veckor efter IVA-vistelsen. Författarna kom också fram till att patienter med psykiska problem innan IVA-vistelsen t.ex. panikattacker, ångest och depressiva besvär hade fler överkliga minnen.

Capuzzo et al. (18, 26) har undersökt sambanden mellan överkliga minnen och kön, akut inläggning, infektion och tillförsel av kortison. Det enda sambandet som kunde påvisas var mellan kön och överkliga minnen. Kvinnor hade en högre förekomst av överkliga minnen än män (18). Patienter med tydliga minnen från sin IVA-tid hade fler minnen av verkliga händelser och färre överkliga minnen jämfört med patienter utan ett tydligt minne av IVA-vistelsen. De patienter som inte hade ett klart minne av IVA var oftare akut inlagda och hade signifikant längre vistelsetid och respiratorbehandling. Samma studie visade också att infekterade patienter rapporterade signifikant mer överkliga minnen än patienter utan infektion. Av patienter med infektioner hade 60 % ett till fyra överkliga minnen (26).

Granberg et al. (24, 30) har studerat 19 respiratorvårdade patienter gällande deras hågkomst av överkliga minnen. De fann att patienterna mycket tydligt, in i minsta detalj, kan beskriva sina överkliga minnen. De överkliga minnena kunde uppträda i samband med extubationen eller redan finnas där när patienten återfick medvetandet. I det senare fallet kände patienten en överväldigande rädsla som om de var involverade i en kamp om livet. De överkliga minnena kunde uppkomma när som men tenderade att oftare komma på natten när patienterna försökte sova. De tillfällen då patienterna upplevde överkliga minnen var associerade med en känsla av intensiv rädsla. Om rädslan var hanterbar verkade patienterna få mindre överkliga minnen. Outhärdlig rädsla ledde till överkliga minnen som i sin tur triggade ytterligare rädsla. Rädslan var kopplad till situationer som brist på självkontroll, ändrad tidsuppfattning, svårigheter att tänka, tala, förstå och minnas. De överkliga minnena kunde hålla i sig i dagar till veckor, ibland även efter det att patienterna blivit utskrivna från sjukhuset.

Patienter som utvecklat delirium hade mer överkliga minnen från sin IVA-tid. Delirium var associerat med ökad sjuklighet och dödlighet, förlängd vistelse på IVA och längre tids sederings- och respiratorbehandling (30-32). På IVA missades delirium i 69 % av fallen jämfört med 41 % på en vanlig vårdavdelning. Orsaken till detta var att ett aggressivt och störigt beteende på IVA var så vanligt att personalen jämställde det med vanligt IVA-beteende (32). Delirium med början på IVA var den faktor som hade störst betydelse för längden på den totala sjukhusvistelsen, t.o.m. efter hänsynstagande till sjukdomens svårighetsgrad, ålder, kön och antal sederingsdagar (31).

FRAMTIDA HÄLSA

Russel (22) har undersökt hur IVA-vistelsen påverkat patienterna. Studien gjordes sex månader efter utskrivning från IVA och visade att 37 % av patienterna aldrig tänkte tillbaka på sin IVA-vistelse medan 44 % ibland tänkte tillbaka på den. Ofta återkommande mardrömmar sågs hos 5 % av patienterna medan 79 % inte hade

några mardrömmar. I studien berättar en patient som tillbringat två månader på IVA, varav den mesta tiden i kritiskt tillstånd, att hon tre år senare fortfarande varje dag önskar att hon vore död. Läkarna beskriver henne som en "ICU success story" medan hon själv upplever sig ha förlorat sin värdighet. Hennes minnen av IVA var att hon låg naken i sängen och blev tvättad medan personalen skämtade. Utan sin värdighet är hon hellre död (22).

Vid utskrivning från sjukhuset visade det sig att 42 % av patienterna hade problem med minst tre av följande: glömde namn mer än tidigare, kände sig frånvarande, glömde bort vad de skulle säga och hade svårt att koncentrera sig även på saker som intresserade dem (31).

Jones et al. (33) har studerat om ett rehabiliteringsprogram kan påverka patienternas framtida hälsa efter IVA-vården. I studien ingick 126 patienter som delades upp i två grupper: en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Interventionsgruppen genomgick ett rehabiliteringsprogram på sex veckor. Interventionsgruppen hade värden närmare normalvärdena vad gällde fysisk funktion både åtta veckor och sex månader än vad kontrollgruppen hade. Åtta veckor efter utskrivningen hade interventionsgruppen signifikant lägre depressionsgrad än kontrollgruppen. Efter sex månader var däremot depressionsgraden lika för båda grupperna. Författarna drog slutsatsen att rehabiliteringsprogrammet påskyndade tillfrisknandet med några månader. Obehagliga återupplevelser av sjukdomen åtta veckor efter IVA-vistelsen var signifikant lägre hos de patienter som hade genomgått rehabiliteringsprogrammet. Patienter med överkliga minnen från sin IVA-tid hade, oavsett grupp, mer ångest och PTSD-relaterade symtom sex månader efteråt än de patienter utan överkliga minnen.

Kvåle et al. (20) visar att f.d. patienter som vårdats på IVA har signifikant lägre livskvalitet än genomsnittspopulationen. Trots detta visade studien att 43 % av patienterna tyckte sig ha ett gott tillfrisknande och 75 % behövde ingen hjälp i sitt dagliga liv. De främsta problemen som framkom var sömnproblem och reducerad andningskapacitet. Innan IVA-vistelsen arbetade 54 % av patienterna i studien, mot 31 % vid uppföljningen.

Daffurn et al (19) tittade på patienternas hälsa tre månader efter utskrivning från IVA och fann att över hälften av patienterna inte upplevde sig ha full hälsa. De dominerande klagomålen rörde svårighet att sova, konstant trötthet och konstant värk. En tredjedel av patienterna uppgav också depression, irritabilitet eller en känsla av ensamhet. I studien framkom att mer än hälften av patienterna behövde någon form av uppföljning t.ex. psykiatrisk konsultation, sjukgymnast eller smärtklinik. Tecken på smärta, svaghet, fysisk utmattning och psykisk stress efter IVA-vistelsen fann även Adamson et al. i sin studie (28).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med denna litteraturstudie var att få kunskap om vilka minnen patienterna som vårdas på IVA bär med sig från vistelsen samt hur patienterna upplever sin hälsa och livskvalitet efter IVA-vistelsen. Urvalet av artiklarna gjordes genom att

läsa abstrakten. Det var först när artiklarna lästes i sin helhet som vi kunde avgöra om de var relevanta för studien och några kom därför att uteslutas.

Vi avslutade vår resultatsökning 2004. Under 2005 har det publicerats ytterligare bra artiklar i vårt ämne. Dessa artiklar har vi valt att ta med i bakgrund och/eller diskussion.

Av artiklarna som vi valde var två från Sverige, en från vardera Norge, Tyskland och Holland. Två var från Italien, tre från Storbritannien, tre från USA och fyra från Australien. Såväl kvalitativa som kvantitativa samt artiklar med båda metoderna har använts. Det var svårt att jämföra undersökningar gjorda på olika sätt. De flesta artiklarna var kvantitativa, vilket medförde en sämre förmåga att lyfta fram de faktorer som inte är helt mätbara, dvs. upplevelser. Fyra artiklar var kvalitativa, vilket vi upplevde som positivt eftersom det har kunnat ge arbetet en mer nyanserad bild.

Resultatet har bearbetats genom att texten lästes igenom flera gånger, varav följande teman kunde urskiljas: Att inte minnas, Verkliga minnen och Overkliga minnen. Artiklarnas resultat sammanställdes och bearbetades utifrån frågeställningarna.

RESULTATDISKUSSION

Flera studier visar att patienterna inte minns något eller endast delar från sin vistelse på IVA (17-22), den procentuella skillnaden är relativt stor och siffror mellan 14-43 % nämns. Orsaken till att patienterna inte kommer ihåg eller inte har ett klart minne verkar bero på ett flertal olika faktorer. De studier med högt procentuellt svar på att inte minnas har ofta gjorts på kirurgpatienter och/eller på patienter med kort vårdtid (18, 23), vilket kanske bidrar till att patienten inte hinner utveckla några minnen.

Bennun et al. (17) menar att ju längre tid en patient respiratorvårdas desto större möjlighet att han kommer att genomgå undersökningar och omvårdnadsåtgärder som kan bli ihågkomna, detta då sederingen oftast successivt trappas ned och patienten blir mer vaken. Rotondi et al. (21) anser däremot att patienter som respiratorvårdas länge har färre minnen då de är djupare sederade. Vår tanke kring detta är att det kanske förekommer olika sederingsregim i olika länder som kan förklara skillnaderna av hur mycket patienterna minns.

En akut inläggning kan innebära att patientens minnen är influerade av fruktan/rädsla som hänger ihop med insjuknandetillfället, vilket gör att han inte minns något av sin IVA-tid (18). Granberg et al. (30) anser att det är möjligt att en del overkliga minnen inte kan bli ihågkomna direkt vid utskrivning utan senare när patienten åter känner sig säker och trygg. Studierna visar stor skillnad angående om medicineringen har någon påverkan på minnet eller inte. Olika olikheterna i resultatet av detta är svåra att förklara. Den anterograda minnesproblematiken vid organisk minnesförlust eventuellt orsakad av bensodiazepiner kan innebära att patienterna inte minns saker om intervjun görs för tätt inpå sjukdomstillfället (4, 8).

Vi har också funderat över om det finns minnen som aldrig kommer fram. Kan det vara så att vissa minnen är för känsliga för patienten så att han medvetet eller omedvetet väljer att inte berätta dem? Kan patienten skämmas över sina minnen så

mycket så att han inte vill att andra ska få veta om dem? Patienterna förtränger kanske minnena medvetet eller omedvetet. Vi har läst om hur patienter efter lite "hjälp på traven" börjar minnas saker trots att de till en början inte sa sig minnas någonting (19, 24). Granberg et al. (24) beskriver i sin artikel hur några patienter till en början inte säger sig komma ihåg någonting från sin IVA-vistelse men efter att ha pratat med intervjuaren och fått information om sin inläggning börjar de minnas saker som hänger ihop med upplevelser eller känslor. Dessa minnen kan omfatta IVA-miljön, en smärtsam känsla i halsen, en känsla av trötthet och utmattning och någon/några ur personalen.

Bergbom et al. (34) beskriver i studien Perrins antaganden om att patienter som inte minns sin IVA-tid verkar uppleva sig ha sämre livskvalitet ett år efter utskrivning från IVA än de patienter som har några minnen därifrån. Detta kan hänga samman med antagandet om att vår känsla av personlig identitet kan påverkas om en del av livshistorien är okänd (4). Från dessa aspekter tycker vi det är mycket viktigt att hjälpa patienten att minnas sin IVA-tid. Dagböcker verkar hjälpa patienten att återkalla både verkliga och överkliga minnen. De patienter som hade minnen från IVA påtalade att när de läste dagböckerna kunde de koppla ihop sina minnen och därmed få ett tidsperspektiv på sin IVA-vistelse. De som inte hade några minnen uppgav att informationen i dagboken hjälpte dem att förstå vad som hänt under den "förlorade tiden". Dagböcker kan också hjälpa anhöriga i sorgearbetet om patienten dör. Många patienter tycker det är bra om det också finns ett fotografi som visar hur svårt sjuka de var (34-35).

Resultatet visar på att många av de verkliga minnena var obehagliga. Av patienter som kom ihåg upplevelser så tyckte mer än hälften att det var obehagliga upplevelser (21, 25). Vår tanke kring detta är hur intervjuaren ställer frågan. Frågar man efter upplevelser som man vet är kända stressfaktorer för patienten som vårdas på IVA, eller är det kanske så att patienterna bättre minns de obehagliga upplevelserna?

Studien av Rotondi et al. (21) visar att vissa psykologiska upplevelser är starkt förknippade med endotrachealtuben. Författarna väcker frågan om man kan minska andra stressande upplevelser genom att minska de obehagliga upplevelserna som är sammankopplade med endotrachealtuben. Här har vi som personal en viktig uppgift genom att bättre och oftare förklara för patienten vad han kan uppleva på IVA och hur han kan uppleva endotrachealtuben och respiratorn. Resultatet visar att smärta var det enda tydliga minnet hos några patienter (28). Att vara lyhörd för patientens ångest, rädsla och smärta och ge lämplig mängd ångestdämpande, smärtlindrande och/eller sedativa läkemedel är också viktiga uppgifter för sjuksköterskan.

De sista tio åren har det skett en förändring i sederingsregimen där det i dagsläget strävas efter att ha en så vaken patient som möjligt. Vi hoppas att framtida forskning kommer att kunna ge svar på hur minnena påverkas av lätt kontra djup sedering. Det vore också intressant med fortsatt forskning om hur komplementära behandlingsmetoder, såsom tex. beröring och musik kan påverka minnesbilderna.

Vi upplevde under vår läsning att det var väldigt få patienter som uppgav behagliga minnen. Samma behagliga minnen återkom i de flesta av artiklarna såsom att få läpparna fuktade, någon som höll ens hand och någon som talade lugnande till en.

Morton et al. (1) menar att sjuksköterskans mål bör vara att främja jämvikt mellan det fysiska och det emotionella. Arbetet på IVA är ofta präglad av ett högt tempo där snabba insatser krävs med avseende på patientens fysiska hälsotillstånd. I detta sammanhang kan det vara svårt att stanna upp och "bara" vara närvarande hos patienten. Har sjuksköterskorna inte tid med att ge tillräckligt emotionellt stöd för att skapa fler behagliga minnen?

Enligt Kirkevold (16) betonar Martinsen vikten av att tänka på patientens sammanhängande historia och sjuksköterskan bör sträva efter att försöka förstå hur patienten själv upplever sin situation. Sjuksköterskans grundhållning bör präglas av engagemang, inlevelseförmåga, moraliskt och professionellt omdöme (16). När vi har diskuterat Martinsens tre aspekter på omsorg tycker vi att de bra kommer fram i vårt jobb som sjuksköterskor på IVA. Vårt jobb innebär att man ofta utvecklar ett nära förhållande till patienten och hans anhöriga. Ofta vårdar vi patienter som är sederade och inte kan redogöra för sina åsikter. I detta sammanhang blir det extra viktigt att respektera patienten utifrån hans situation för att på bästa sätt värna om den personliga integriteten. Som sjuksköterska kan man få inta en ställföreträdarfunktion för patienten, då är vår intuition och vårt yrkesmässiga omdöme av största betydelse.

Overkliga minnen verkar vara det som mest påverkar patienten under och efter sin IVA-tid. De tycks också vara en riskfaktor till utvecklande av delirium. Jones et al. (8, 29) säger att djup sedering innebär att patienten har få eller inga verkliga minnen av sin IVA-vistelse utan fyller tomrummet med overkliga minnen. De overkliga minnena upplevs som mycket stressfyllda av patienten och beskrivs med mycket starka känslor som extrem skräck, panik, mardrömmar och dödsångest (19, 21-22, 30). Resultatet visar på att patienterna känner oro av att bli påmind om de overkliga minnena och känner ett motstånd mot att prata om dessa minnen. Overkliga minnen verkar också vara de minnen som kvarstår över tid och kan därmed förhindra ett fullständigt tillfrisknande (22-23, 29).

Christianson (4) beskriver faran med att inte ge uttryck för tankar och känslor efter en traumatisk upplevelse och menar att det kan innebära påtagliga hälsorisker inte bara i psykisk mening utan även rent fysiskt. När vi "håller tillbaka" ökar sympatikusaktiviteten i det autonoma nervsystemet och därmed också påfrestningarna på kroppen. På längre sikt utgör den uteblivna bearbetningen en pålagrande stressfaktor, vilket kan försämra hälsan och yttra sig i alltifrån förkylning till hjärt-och kärlsjukdom. Att aktivt konfronteras med sina traumatiska minnen minskar belastningen på den fysiska hälsan, liksom det hjälper individen att förstå och slutligen förlika sig med händelsen (4).

Här måste vi som sjuksköterskor våga möta patienten i hans rädsla och overkliga minne och om möjligt ge honom redskap för att hantera detta. På så sätt kan förhoppningsvis risken för att utveckla delirium reduceras. Det är också viktigt att minimera exogena riskfaktorer för delirium. Omvårdnadsåtgärder för att göra detta kan vara att bibehålla dygnsrytmen, vilostunder under dagen, minskade ljudnivåer och starkt ljus speciellt nattetid, adekvat smärtlindring samt reorientering till nuet. Det är viktigt att ha rutiner för detta så det inte blir godtyckligt när det passar personalen.

Resultatet visar att de överkliga minnena och rädslan som de leder till innebär att patienterna känner att de fullständigt förlorar kontrollen (20, 27, 30). Granberg et al. (30) säger att om patientens rädsla är hanterbar så verkar det ge mindre överkliga minnen. Hon menar också att överkliga minnen kan hålla i sig under dagar till veckor och ibland även efter utskrivning från sjukhus. Här tycker vi återbesök har en viktig funktion att fylla. Vid dessa besök kan patienten och eventuellt också anhöriga få prata om sina upplevelser. Ett besök på ett IVA-rum kan vara värdefullt för patienten som då kanske kan få en klarare bild av det han upplevt. Detta leder tankarna vidare till att även personalen kan få både positiv och negativ feedback på sitt handlande.

Resultatet pekar på att det är viktigt att patienten får möjlighet att bearbeta det han varit med om och på behovet av långtidsuppföljning för dessa patienter (19-20, 22). Det intressanta med rehabiliteringsprogrammet som Jones et al. (33) skriver om är att det verkar påskynda tillfrisknandet med några månader. För den enskilde individen tror vi att varje dag som han känner att han går mot en bättre hälsa och livskvalitet är värdefull.

Enligt Gadamer (5) återfås helheten genom att bli av med sjukdom, det vill säga att åter bli frisk, och därmed glömma bort att man är vid hälsa (5). En av tillvarons återkommande kriser hänger samman med det faktum att livet förändras genom sjukdom och olyckor. Ett besked om en svår sjukdom eller ett livshotande tillstånd är ett trauma som kan förstås utifrån vår tids föreställningar och ideal. Hälsan är för många det viktigaste av allt, själva den livsmening, som inte syftar till något annat, därför att den är sitt eget värde. Därför bör en livsåskådning, som skall ge stöd och hjälp när vi drabbas av allvarlig sjukdom, rymma något mer än föreställningen om hälsa som ett övergripande livsvärde (13).

Vårt resultat visar att många patienter som har vårdats på IVA inte upplever sig ha full hälsa eller livskvalitet upp till ett år efter utskrivning. De vanligaste problemen som angavs var sömnproblem, koncentrationssvårigheter och fysisk utmattning/svaghet (19-20, 22, 28, 31). Detta beror på ett antal olika faktorer och det är svårt att direkt säga vilken roll minnet har i det hela.

En alldeles ny studie visar att inga minnen från IVA-vistelsen är associerat med sämre livskvalitet, dock är inte denna association signifikant. Samma studie visar också att verkliga minnen kan ha en skyddande effekt mot PTSD-relaterade symtom och att patienter med överkliga minnen upplever sig ha sämre livskvalitet sex månader efter utskrivning (2).

Adamson et al. (28) menar att återhämtningsprocessen för överlevare av en kritisk sjukdom är ett viktigt men för lite undersökt område, speciellt utifrån ett kvalitativt perspektiv. Detta påstående kan vi bara instämma i.

Patienten som vårdats på IVA har med sig olika typer av minnen från sin vistelse där. Som sjuksköterska är det viktigt att ha kunskap om dessa olika typer av minnen. Sjuksköterskan kan påverka minnena genom sina omvårdnadshandlingar och på så sätt skapa så positiva minnen som möjligt. Vårt resultat tyder på att det är bra att ha verkliga och positiva minnen från IVA-vistelsen. Överkliga minnen verkar medföra större risk för utvecklande av delirium samt risk för sämre framtida hälsa och

livskvalitet upp till ett år efter utskrivning. De flesta av artiklarna undersökte patienternas hälsa och livskvalitet kort tid efter IVA-vistelsen. Framtida forskning om hur minnena från IVA-vistelsen påverkar patienterna i det långa loppet vore intressant.

Mycket är skrivet om vilken typ av minnen patienterna bär med sig från sin IVA-vistelse och troliga orsaker till att det utvecklas olika minnen. Däremot har inte resultatet kunnat visa om det bästa för patienten är att minnas eller inte minnas sin IVA-tid. Framtida forskning som koncentreras på hur minnena påverkar patienten samt ytterligare kunskap om vilka minnen som är bra och/eller dåliga tror vi är värdefull.

REFERENSLISTA

1. Morton P G, Fontaine D K, Hudak C M, Gallo B M. *Critical Care Nursing*. Eighth Ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
2. Granja C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa-Pereira A, Carneiro A. Patients' recollection of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Crit Care*. 2005; 9(2):96-109.
3. Ely E W, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon S M, Harrell F E jr et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Jama*. 2004; 291(14):1753-62.
4. Christianson S-Å. *Traumatiska minnen*. 3 uppl. Stockholm: Natur och kultur; 2002.
5. Gadamer H G. *Den gåtfulla hälsan*. Ludvika: Dualis; 2003.
6. Schelling G. Effects of Stress Hormones on Traumatic Memory Formation and the Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critically Ill Patients. *Neurobiol Learn Mem*. 2002 ;(78):596-609.
7. Schelling G. et al. Stress-doses of Hydrocortisone, Traumatic Memories, and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Patients After Cardiac Surgery: A Randomized Study. *Biol Psychiatry*. 2004 ;(55):627-33.
8. Jones C, Griffiths R D, Humphris G. Disturbed memory and amnesia related to intensive care. *Memory*. 2000; 8(2):79-94.
9. ICU Delirium and Cognitive Impairment study Group.
<http://www.icudelirium.org/delirium/Del%20overview.html> Tillgänglig 041210.
10. Granberg Axèll A. *The Intensive Care Unit Syndrome/delirium, patients' perspective and clinical signs [dissertation]*. Lund: Lunds Universitet; 2001.
11. Capuzzo M, Valpondi V, Cingolani E, Gianstefani G, De Luca S, Grassi L et al. Post-traumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Minerva Anesthesiol*. 2005; 71(4):167-75.
12. Bergbom-Engberg I. *Patientupplevelser under respiratorbehandling [dissertation]*. Göteborg: Göteborgs Universitet; 1989.
13. Kallenberg K, Larsson G. *Människans hälsa*. 1 uppl. Stockholm: Natur och Kultur; 2000.
14. World Health Organization. <http://www.who.int/about/definition/en/> Tillgänglig 050109.
15. Gadamer H G. *Sanning och metod: i urval*. Göteborg: Daidalos; 1997.
16. Kirkevold M. *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2000.
17. Bennun I, Wright M, Ingram D, Ley A. An investigation of patient memories in intensive care. *Care-Crit-Ill*. 2003; 19(2):49-52.
18. Capuzzo M, Pinamonti A, Cingolani E, Grassi L, Bianconi M, Contu P et al. Analgesia, Sedation and Memory of Intensive Care. *J Crit Care*. 2001; 16(3):83-89.
19. Daffurn K, Bishop G F, Hillman K M, Bauman A. Problems following discharge after intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*. 1994; 10:244-51.
20. Kvåle R, Ulvik A, Flaatten H. Follow-up after intensive care: a single center study. *Intensive Care Med*. 2003; 29:2149-56.

21. Rotondi A J, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S et al. Patients' recollection of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med*. 2002; 30(4):746-52.
22. Russel S. An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *J Adv Nurs*. 1999; 29(4):783-91.
23. Rundshagen I, Schnabel K, Wegner C, Schulte am Esch J. Incidence of recall, nightmares and hallucinations during analgosedation in intensive care. *Intensive Care Med*. 2002; 28:38-43.
24. Granberg A, Bergbom-Engberg I, Lundberg D. Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. *Intensive Crit Care Nurs*. 1998; 14:294-307.
25. Van de Leur J P, Van der Schans C P, Loeff B G, Deelman B G, Geertzen J H B, Zwaveling J H. Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Crit Care*. 2004; 8(6):467-73.
26. Capuzzo M, Valpondi V, Cingolani E, De Luca S, Gianstefani G, Grassi L et al. Application of the Italian version of the Intensive Care Unit Memory tool in the clinical setting. *Crit Care* 2004; 8(1):48-55.
27. Hupcey J E, Zimmermann H E. The need to know: Experiences of critically ill patients. *Am J Crit Care*. 2000; 9(3):192-98.
28. Adamson H, Murgu M, Boyle M, Kerr S, Crawford M, Elliott D. Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2004; 20:257-63.
29. Jones C, Griffiths R D, Humphris G, Skirrow P M. Memory, delusions and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med*. 2001; 29(3):573-77.
30. Granberg A, Bergbom-Engberg I, Lundberg D. Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II. *Intensive Crit Care Nurs*. 1999; 15:19-33.
31. Ely E W, Gautam S, Margolin R, Francis J, May L, Speroff T et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med*. 2001; 27:1892-1900.
32. Roberts B. Screening for delirium in an adult intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2004; 20:206-13.
33. Jones C, Skirrow P, Griffiths R D, Humphris G H, Ingleby S, Eddleston J et al. Rehabilitation after critical illness: A randomised, controlled trial. *Crit Care Med*. 2003; 31(10):2456-60.
34. Bergbom I, Svensson C, Berggren E, Kamsula M. Patients' and relatives' opinions and feelings about diaries kept by nurses in an intensive care unit: pilot study. *Intensive Crit Care Nurs*. 1999; 15:185-91.
35. Bäckman C G, Walther S M. Use of a personal diary written on the ICU during critical illness. *Intensive Care Med*. 2001; 27:426-29.

Artikel	Ref.nr.	År	N	Syfte	Inklusionskriterier	Metod	Tid för datainsamling
Bennun I. (Storbritannien)	17	2003	71	Undersöka sederade patienters minnen av IVA-vård samt vilka variabler som påverkar minnet	Respiratorvård och sedering > 24 h samt sedering < 4 h efter extubering	Kvantitativ studie: Frågeformulär	Inom 5 dagar efter utskrivning från IVA
Capuzzo M. (Italien)	18	2001	152	Undersöka sambandet mellan narkos, sedering och minne av IVA-vård	Vårdtid på IVA > 24 h	Kvantitativ studie: Frågeformulär & semistrukturerad intervju	6 månader efter utskrivning från sjukhus
Daffurn K. (Australien)	19	1994	54	Identifiera och beskriva följderna för patienterna tre månader efter utskrivning från IVA	Vårdtid på IVA > 48 h	Kvantitativ studie: Semistrukturerad intervju	3 månader efter utskrivning från IVA
Kvåle R. (Norge)	20	2003	346	Undersöka hälsoproblem, livskvalitet, funktionellt status och minnen efter IVA-vård	Vårdtid på IVA > 24 h	Kvantitativ studie: Frågeformulär	6 månader efter utskrivning från IVA
Rotondi A.J. (USA)	21	2002	150	Beskriva stressande upplevelser hos patienter som varit respiratorvårdade > 48 h på IVA	Vårdad på IVA samt respiratorvård > 48 h	Semistrukturerad intervju & frågeformulär	6 månader efter utskrivning från IVA
Russel S. (Australien)	22	1999	298	Studera patienternas uppfattning, minnen och upplevelser av IVA	Vårdad på IVA	Kvantitativ studie: Frågeformulär	Under sjukhusvistelsen men efter utskrivning från IVA
Rundshagen I. (Tyskland)	23	2001	289	Definiera förekomsten av erinring och drömmar hos sederade IVA-patienter	Vårdad på IVA	Kvantitativ intervju med kvalitativ analys (N=86)	6 månader efter utskrivning från IVA
Granberg A. (Sverige)	24	1998	19	Beskriva och analysera patienternas minnen och hägkomster av upplevelser vid tiden för insjuknandet samt under och efter IVA-vistelsen	Respiratorvård och sedering	Frågeformulär (N=212)	48-72 timmar efter utskrivning från IVA
Van de Leur J. (Holland)	25	2004	125	Beskriva incidensen av obehag rapporterade av IVA-patienter och orsaker till dessa obehag. Titta på faktiska hägkomster hos IVA-patienter och avgörande faktorer för hägkomst av obehag	Vårdtid på IVA > 36 h samt respiratorvård.	Kvantitativ studie: Hermeneutik	1 vecka samt 4-8 veckor efter utskrivning från IVA
Capuzzo M. (Italien)	26	2003	93	Analysera patienternas minnen av IVA över tid med den italienska versionen av ICUM tool samt att undersöka sambandet mellan minne och vårdtid på IVA och infektion	Vårdtid på IVA > 24h samt respiratorvård	Kvantitativ studie: Frågeformulär & strukturerad intervju	Inom 3 dagar efter utskrivning från IVA
Hupey J.E. (USA)	27	2000	14	Skapa erfarenhet om hur viktigt det är för IVA-patienter att veta vad som har hänt samt undersöka skillnader i uppfattningsförmåga mellan intuberade och icke intuberade patienter	Vårdtid på IVA > 3 dygn	Kvantitativ studie: Semistrukturerad intervju	1 vecka samt 3 månader efter utskrivning från IVA
Adamson H. (Australien)	28	2004	6	Undersöka deltagarnas minnen av IVA- och sjukhusvård sex månader efter utskrivning från sjukhus samt att undersöka hur upplevelsen av svår sjukdom påverkar tillfrisknandet	Vårdad på IVA	Kvalitativ studie: Grounded theory	På IVA eller vårdavdelning
Jones C. (Storbritannien)	29	2001	45	Undersöka förhållandet mellan minnen från IVA och nivåer av ångest efter utskrivning från IVA. Undersöka hur stabila dessa minnen är över tid och sambandet med utvecklande av PTSD-relaterade symptom	Vårdtid på IVA > 48 h	Kvalitativ studie: Grounded theory	6 månader efter utskrivning från sjukhus
Granberg A. (Sverige)	30	1999	19	Beskriva och belysa patienters upplevelser av akut förvirring, desorientering, drömmar och mardrömmar, eller s.k. överkliga upplevelser under och efter IVA-vistelsen	Vårdtid på IVA > 24 h samt respiratorvård.	Kvantitativ studie: Frågeformulär	2 samt 8 veckor efter utskrivning från IVA
Ely E.W. (USA)	31	2001	48	Undersöka förhållandet mellan utvecklandet av delirium på IVA och total vårdtid på sjukhus	Vårdtid på IVA > 36 h samt respiratorvård.	Kvalitativ studie: Hermeneutik	6-10 dagar samt 4-8 veckor efter utskrivning från IVA
Roberts B. (Australien)	32	2004	73	Undersöka förekomst av delirium på IVA	Vårdad på medicinsk IVA	Kvantitativ studie: Daglig undersökning	Under vårdtid på sjukhus
Jones C. (Storbritannien)	33	2003	126	Utvärdera hur ett rehabiliteringsprogram kan hjälpa till att återfå fysisk och psykisk hälsa efter svår sjukdom	Vårdtid på IVA > 72 h	Kvantitativ studie: Daglig undersökning	Under vårdtid på sjukhus
					Vårdtid på IVA > 48 h samt respiratorvård	Kvantitativ studie: Semistrukturerad intervju	8 veckor samt 6 månader efter utskrivning från IVA