

PATIENTERS ERFARENHETER AV DELIRIUM I SAMBAND MED ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD

En litteraturöversikt

CAMILLA MYNTTINEN

ISABELLA KARLSSON

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot
omvårdnad
Nivå: Avancerad nivå
Högskolepoäng: 15 hp
Program: Specialistsjuksköterska med inriktning
anestesi-/intensivvård
Kurskod: VAE219/VAE225

Handledare: Jessica Holmgren
Examinator: Bosse Jonsson

Seminariedatum: 2021-04-29

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Trots att delirium är något som känts till sedan år 480 f.Kr. är detta ett tillstånd som fortfarande är relativt outforskat och missförstått. Forskning ur anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskors samt anhörigas perspektiv visar att det saknas kunskap och insikt gällande deliriumtillståndet.

Syfte: Undersöka patienters erfarenheter av att drabbas av delirium i samband med anesthesi- och intensivvård.

Metod: Allmän litteraturöversikt enligt Friberg. 24 studier ligger till grund för resultatet: sjuutton kvalitativa, två kvantitativa och sex mixad metod.

Resultat: Det finns både behagliga och obehagliga erfarenheter av att drabbas av delirium. Det var vanligt att patienterna konfronterades med döden i olika skepnader och att de befann sig i en alternativ verklighet. Patienter som drabbats av delirium i samband med anesthesi- och intensivvård erfor ett stort emotionellt lidande, särskilt då anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor samt anhöriga bemötte dem respektlöst och skrattade åt dem när de försökte förklara vad de erfarit. När anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor utförde omvårdnad i form av samtal och bekräftelse lindrades patienternas lidande avsevärt.

Slutsats: Patienter som drabbats av delirium i samband med anesthesi- och intensivvård utsätts för ett onödigt lidande på grund av bristande omvårdnad relaterat till delirium. Anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskorna fokuserar på det medicinska och har inte tid att se patienterna som individer med ett emotionellt lidande. Det är viktigt att dessa sjuksköterskor får en förståelse för vad patienter som drabbats av delirium erfar och hur omvårdnaden kan inverka på dessa erfarenheter.

Nyckelord: Anesthesi, delirium, erfarenheter, intensivvård, litteraturöversikt, omvårdnad, patienter, upplevelser

ABSTRACT

Background: Although delirium is something that has been known since 480 BC, this is a condition that is still relatively unexplored and misunderstood. Research from the perspectives of anesthesia and intensive care nurses and relatives shows that there is a lack of knowledge and insight regarding the delirium condition.

Aim: To explore patients' experiences of suffering from delirium in connection with anesthesia and intensive care

Method: General literature review according to Friberg. The result is based on 24 studies: 17 qualitative, two quantitative and six mixed method.

Result: There are both pleasant and unpleasant experiences of suffering from delirium. It was common for patients to be confronted with death in various shapes and to find themselves in an alternative reality. Patients suffering from delirium related to anesthesia and intensive care experienced great emotional suffering, especially when anesthesia and intensive care nurses and relatives treated them disrespectfully and laughed at them when they tried to explain what they had experienced. When anesthesia and intensive care nurses performed nursing in the form of conversations and confirmations, patients' suffering was significantly alleviated.

Conclusion: Patients who have suffered from delirium in connection with anesthesia and intensive care are exposed to unnecessary suffering due to lack of care related to delirium. The anesthesia and intensive care nurses focus on the medical condition and do not have time to see the patients as individuals with an emotional suffering. It is important that these nurses gain an understanding of what patients suffering from delirium experience and how nursing can affect these experiences.

Keywords: Anesthesia, delirium, experiences, intensive care, literature review, nursing, patients

INNEHÅLL

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND.....	1
2.1. Centrala begrepp	1
2.2. Definition av delirium	1
2.2.1. <i>Orsaker och riskfaktorer för att drabbas av delirium</i>	<i>2</i>
2.2.2. <i>Symtom vid delirium.....</i>	<i>2</i>
2.3. Delirium i anesthesi- och intensivvårdskontext.....	3
2.4. Omvårdnad för att förhindra och lindra utveckling av delirium.....	3
2.5. Tidigare forskning.....	4
2.5.1. <i>Anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter och kunskap om att vårda patienter som drabbats av delirium</i>	<i>4</i>
2.5.2. <i>Anhörigas erfarenheter av när närstående drabbats av delirium</i>	<i>6</i>
2.6. Författningar och riktlinjer gällande sjuksköterskors bemötande, omvårdnad och kunskap.....	6
2.7. Vårdvetenskapligt perspektiv.....	7
2.7.1. <i>Lidande.....</i>	<i>7</i>
2.7.2. <i>Sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande.....</i>	<i>7</i>
2.8. Problemformulering.....	8
3. SYFTE	8
4. METOD.....	9
4.1. Urval och datainsamling	9
4.2. Kvalitetsgranskning.....	10
4.3. Dataanalys	10
5. ETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
6. RESULTAT.....	12
6.1. Likheter och skillnader i syfte	12

6.2. Likheter och skillnader i metod.....	13
6.3. Likheter och skillnader i resultat	14
6.3.1. <i>Att konfronteras med döden</i>	14
6.3.2. <i>Att erfara en alternativ verklighet.....</i>	15
6.3.3. <i>Att erfara emotionellt lidande.....</i>	17
6.3.4. <i>Att bemötas av anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor</i>	19
6.3.5. <i>Att bemötas av anhöriga.....</i>	20
7. DISKUSSION	21
7.1. Resultatdiskussion	22
7.2. Metoddiskussion.....	25
7.3. Etikdiskussion.....	28
8. SLUTSATS.....	28
9. VIDARE FORSKNING	29
REFERENSLISTA	30

BILAGA A – SÖKMATRIS

BILAGA B – KVALITETSGRANSKNING

BILAGA C – ARTIKELMATRIS

BILAGA D – ÖVERSIKTSTABELL

1. INLEDNING

Under utbildningen till specialistsjuksköterskor inom intensivvård respektive anesthesiologisk vård på Mälardalens högskola har vi genom föreläsningar, kurslitteratur samt under verksamhetsförlagd utbildning kommit i kontakt med patienter som drabbats av delirium i samband med anesthesi- och intensivvård. Vi fick ett intresse för delirium i och med att detta är något vi inte har några tidigare erfarenheter av. Vi önskar få en ökad förståelse och kunskap om patienters erfarenheter av att drabbas av delirium. Att ha kunskap och förståelse för patienter som drabbats av delirium kan ge anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor bättre förmåga att förhindra eskalering av det deliriska tillståndet. En litteraturöversikt om patienters erfarenheter av att drabbas av delirium i samband med anesthesi och intensivvård kan leda till en ökad förståelse för patienters situation.

2. BAKGRUND

I bakgrunden redogörs för vad delirium är, anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter och kunskap om delirium, anhörigas erfarenheter av när närstående drabbas av delirium, vårdvetenskaplig teori, författningar och riktlinjer samt problemformulering.

2.1. Centrala begrepp

Det finns drygt 25 stycken synonymer för ordet delirium. Några av dessa är: IVA-psykos, akut förvirringstillstånd och postoperativ psykos (Ely m.fl., 2001; Ely m.fl., 2004). I detta examensarbete används begreppet delirium med innebörden att patienter drabbats av akut förvirring med eventuella hallucinationer eller mardrömmar efter operation (postoperativt) eller vård på intensivvårdsavdelning. Delirium tremens som är en följd av alkoholabstinens ingår inte i detta arbete. Med postoperativt delirium menas att delirium uppstått till följd av en operation.

2.2. Definition av delirium

Kännedom om delirium har förelegat sedan 2500 år tillbaka i tiden men är trots det fortfarande relativt okänt och missförstått. Delirium är ett komplext tillstånd som påverkar patienter kognitivt, psykiskt och fysiskt (Inouye m.fl., 2014). Delirium definieras som en organisk psykisk avvikelse. Tillståndet är akut och debuterar inom loppet av minuter till flera dagar efter

operation eller vård på intensivvårdsavdelning. Ofta kan tillståndet variera under en period av veckor till månader. Delirium kan och ska inte diagnostiseras på patienter som är i ett komalikhnande tillstånd utan diagnosen får endast ställas när patienter är i ett vaket tillstånd. Diagnoskriterier och statistik gällande psykiska sjukdomar, åkommor och syndrom (DSM-5) definierar delirium som ett tillstånd som inverkar på patienters uppmärksamhet och medvetenhet samt att det uppstår akut (American Psychiatric Association, 2013; Inouye m.fl., 2014; Schofield m.fl., 2012). Delirium kan förekomma i två former: hypo- och hyperaktivt tillstånd och kan växla mellan dessa två eller uppstå samtidigt, det vill säga i en mixad form. Hypoaktivitet kan ges i uttryck av apati, isolering och depression. Hyperaktivitet kännetecknas av akuta förändringar i patienters mentala status genom koncentrationssvårigheter, osammanhängande tankemönster, aggressivitet och oro. I den hyperaktiva fasen av delirium blir den akuta förvirringen mer uttalad (American Psychiatric Association, 2013; Berggren, 2016; Christensen, 2009; Eberle m.fl., 2019; Ely m.fl., 2001; Hartjes m.fl., 2016; LeBlanc m.fl., 2018). Delirium kan uppstå hos patienter i samtliga åldrar men är överrepresenterat hos patienter som är 70 år eller äldre (Claesson Lingeall m.fl., 2013; Ouellette & Ouellette, 2010). Det har rapporterats att ca 15% av patienterna på uppvakningsavdelningen (UVA) samt 70% av patienterna på intensivvårdsavdelningen (IVA) drabbas av delirium. Bland patienter äldre än 65 år är det, på IVA, 92% som drabbas (Karabulut & Aktas, 2016).

2.2.1. Orsaker och riskfaktorer för att drabbas av delirium

Patofysiologin till delirium är omdiskuterad och det finns flertalet hypoteser till varför patienter drabbas av delirium. En av dessa teorier är att det sker en hastig förändring av neurotransmittorerna i hjärnan (McDaniel & Brudner, 2012). Det har även framkommit att det pågår en inflammation av cytokiner i blodhjärnbarriären som påverkar cytokin- och kortisolnivåer (Ungarian m.fl., 2019). Faktorer som kan leda till att delirium uppstår delas upp i biologiska och psykosociala orsaker. Biologiska orsaker kan vara hög eller låg ålder, kritiska sjukdomar som exempelvis stroke, hjärnskador och sepsis samt externa fysiska skador. Även farmakologisk behandling, exempelvis Atropin, Robinul och sedativa läkemedel, som ger fysiologiska yttringar, kön (vanligare hos män), sömnstörningar, kirurgi och anestesi samt smärta kan vara orsaker till att patienter drabbas av delirium. Psykosociala orsaker kan vara psykisk ohälsa, stress, ångest, otrygghet, isolering, avhumanisering och maktlöshet (McDaniel & Brudner, 2012; Santos, 2018; Stubberud, 2013; Ungarian m.fl., 2019; Wand m.fl., 2014).

2.2.2. Symtom vid delirium

Avvikande beteende, förändrat sinnestillstånd och bristande kognitiv funktion är vanliga symtom på delirium. Förmågan att tänka logiskt, att ha sjukdomsinsikt samt uppfattning av tid, rum, plats och situation försämras (American Psychiatric Association, 2013; Ouellette & Ouellette, 2010; Stubberud, 2013). Utöver detta kan patienter även drabbas av paranoida vanföreställningar, hallucinationer, aggressivitet och ångest. För att det ska klassas som delirium krävs att patienterna har minst ett av följande symtom: försämrat minne och inlärning, förvirring främst kopplat till tid och rum, språksvårigheter eller perceptionssvårigheter. Delirium kan även ses i form av likgiltighet vilket gör att det kan vara svårt för sjukvårdspersonal att veta om patienterna drabbats av delirium eller depression. Det finns svårigheter att upptäcka symtomen i tid. Särskilt lätt är det att förbise de symtom som

uppstår vid hypodelirium då dessa inte är lika uttalade och tydliga (American Psychiatric Association, 2013; Ungarian m.fl., 2019; Stubberud, 2013).

2.3. Delirium i anesthesi- och intensivvårdskontext

Anestesisjuksköterskor kommer i kontakt med delirium hos patienter som undergått en operation och i samband med detta erhållit anestetika och analgetika. Den form av delirium som anestesisjuksköterskor erfar är alltså postoperativt delirium (Hovind, 2013). Postoperativt delirium kan uppstå om patienter väcks för snabbt och inte har fått tillräckligt med analgetika, om det uppstått större blodförlust under operationen, vid användning av Isofluran eller Sevofluran samt vid användning av analgetika. Om patienter uppvisar oro eller förvirring postoperativt ska anestesisjuksköterskorna först utesluta fysiologiska orsaker såsom urinretention, hypoxi, hypotoni, elektrolytobalans, sepsis, embolbildning eller intrakraniellt tryck. Även smärtintensiteten ska utvärderas. När de fysiologiska orsakerna uteslutits behandlas det postoperativa deliriumtillståndet genom att hålla fri luftväg samt övervaka andning och cirkulation. Vid kraftig agitation kan sedativa läkemedel ges. Detta är dock något som helst ska undvikas eftersom det kan vara dessa läkemedel som utlöst tillståndet (Hudek, 2009).

Inom intensivvård uppstår delirium frekvent och är något intensivvårdssjuksköterskor erfar regelbundet. Att det är så vanligt beror bland annat på svår sjukdom, samsjuklighet samt sjukdomar eller biverkningar som orsakats ouppsatligt av farmakologisk behandling av läkare eller kirurg (Ely m.fl., 2001). Delirium uppstår främst då patienter är sederad med anestetika samt får hjälp med andningen av en ventilator (Eberle m.fl., 2019). Om patienter uppvisar symtom på delirium bör intensivvårdssjuksköterskor vara noggranna med att upprätthålla en lugn, stillsam, stödjande och familjär omgivning. Det är viktigt att patienterna inte blir överstimulerade då detta kan förvärra tillståndet. Patienternas mentala status och beteende monitoreras. Vid risk för att patienter skadar sig själva eller andra kan intensivvårdssjuksköterskorna vara tvungna att fysiskt hålla fast patienter i sängen (Karabulut & Aktas, 2016). Enligt amerikansk forskning beräknas delirium utgöra en kostnad på \$9000 - \$15 000 utöver den ordinarie sjukvårdskostnaden för en intensivvårdspatient då dessa patienter kräver förlängd vårdtid samt eftervård. Årligen kostar delirium samhället 38–152 miljarder dollar (Baker m.fl., 2015).

2.4. Omvårdnad för att förhindra och lindra utveckling av delirium

Det finns flera åtgärder som kan vidtas för att förebygga att patienter drabbas av delirium, bland annat rätt medicinering, sömnschema och tidig mobilisering (Flynn Makic, 2013). Det är även viktigt att miljöanpassa omgivningen till patienternas fördel genom att be anhöriga ta med något hemifrån för att lugna patienterna (Eberle m.fl., 2019) samt utbilda och öka kompetensen hos vårdpersonal och anhöriga. Det är betydelsefullt att anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor hanterar delirium förebyggande genom att minska patienternas rädsla och oro genom att förklara var patienterna befinner sig, vad som pågår och vilka behandlingar som ges. Att kommunicera med patienterna trots sedering anses vara en viktig

faktor i det förebyggande arbetet av delirium men även vid behandling av delirium. Tidig mobilisering har även setts ha goda effekter på delirium samt upprätthålla dygnsrytm trots att patienterna är sövda. Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskornas kunskap om delirium och användning av bedömningsskalor är viktigt i det preventiva arbetet för att tidigt upptäcka delirium och därmed kunna förhindra att det eskalerar och orsakar ett lidande för patienterna (Karabulut & Aktas, 2016; Layne m.fl., 2015; Trogrlić m.fl., 2015; Wand m.fl., 2014).

Genom att noggrant och regelbundet bedöma patienters tillstånd med Confussion Assessment Method (CAM) och ett protokoll för deliriumprevention kan delirium upptäckas i ett tidigt stadium och därmed reducera graden av delirium (Karabulut & Aktas, 2016; Layne m.fl., 2015). Confussion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) utvecklades specifikt för patienter på IVA som behandlas eller behandlats med ventilator (Flynn Makic, 2013). Även den svenska varianten av Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC) är ett användbart screeninginstrument då det är enkelt att integrera i det kliniska arbetet samt visar hög känslighet för upptäckt av hyperaktiv samt mixad form av delirium. För att upptäcka de hypoaktiva fallen av delirium krävs dock ett ytterligare screeningsinstrument (Claesson LingeHall m.fl., 2013).

Redan vid väckning av patienter efter anestesi, under genomgång av ABCDE, ska deliriumprevention finnas i åtanke. Under "D" ingår "icke-farmakologiskt deliriumingripande" (delirium nonpharmacologic interventions) och under "E" ingår "tidig mobilisering och träning" (early mobility and exercise). Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor bör, för att förhindra delirium, börja med detta så snart som möjligt efter operationen. Perioperativt är det viktigt att ta hänsyn till patienternas riskfaktorer och därmed försöka anpassa anestesi efter detta, till exempel operera under lokalanestesi eller lätt sedering om det är äldre patienter, anpassa smärtlindringen samt upprätthålla god kroppstemperatur, vätskebalans och syresättning (Karabulut & Aktas, 2016). Vidare är det viktigt att patienter postoperativt har full tillgång till eventuella personliga hjälpmedel, exempelvis glasögon och hörapparat, då dessa underlättar patienternas orientering och kan förhindra utveckling av delirium (Ouellette & Ouellette, 2010).

2.5. Tidigare forskning

I tidigare forskning kommer anestesi- och intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter och kunskaper om att vårda patienter som drabbats av delirium samt anhörigas erfarenheter av när närstående drabbas av delirium att presenteras.

2.5.1. *Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter och kunskap om att vårda patienter som drabbats av delirium*

Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor är specialutbildade inom monitorering av patienters vitalparametrar och blodprover, bevarande av vätskebalansen, förebygga och lindra smärta samt vikten av att följa dygnsrytmen och hålla låg ljudnivå hos patienterna. Dessa moment gör sjuksköterskorna noggrant och regelbundet. Däremot har dessa sjuksköterskor inte fått någon utbildning inom delirium och hur de ska upptäcka detta på ett tidigt stadium. Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor önskar utökad kunskap om delirium genom

utbildning och regelbunden information på arbetsplatsen. Om patienter utvecklar den hyperaktiva fasen och uppvisar aggressivitet och kraftig förvirring är det dock många av anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskorna som identifierar det som delirium och kan behandla det därefter. Delirium går dock inte att bota farmakologiskt. Läkemedel ges endast vid utåtagerande aggression, smärta och svår sömnproblematik (Karabulut & Aktas, 2016). Det har visats att intensivvårdssjuksköterskor som får betydande utbildning om delirium, både i det preventiva arbetet samt i hur de tidigt kan upptäcka tillståndet, får ett ökat självförtroende samt att antalet patienter som drabbas av delirium då minskar (Lundström m.fl., 1999).

Intensivvårdssjuksköterskor är medvetna om att delirium hos patienter uppstår och att de ska vara uppmärksamma på detta. De saknar dock ofta screeningrutiner och har inte några fysiska screeninginstrument på arbetsplatsen. De flesta intensivvårdssjuksköterskor identifierar dock diagnosen när den har debuterat och meddelar då detta till läkare (Oliveira m.fl., 2020). Vidare erfar dessa sjuksköterskor det även oangenämt att diagnostisera patienter som drabbats av delirium trots användning av screeninginstrument då detta inte är en del av sjuksköterskeprofessionen (Claesson Lingshall m.fl., 2013). Patienter som har drabbats av delirium kan även händelsevis komma att förbises då dessa symtom ses som en del i att vårdas i ventilator och är en vanlig och ofrånkomlig komplikation (Ely m.fl., 2001). Patienter som drabbats av delirium anses heller inte vara sjuka då de inte kräver särskilt mycket specialistvård och intensivvårdssjuksköterskor erfar att de inte har den tid som krävs för att ta hand om dessa patienter. De anser att deras arbetsuppgift är att hålla patienter vid liv och prioriterar därför de sjuka patienterna (Zamoscik m.fl., 2017).

Anestesisjuksköterskor är relativt ovana vid delirium (Hudek, 2009) och det är inte ovanligt att delirium kan negligeras på grund av bristande kunskap samt att det saknas rutiner kring monitorering av delirium. Även bland anestesisjuksköterskor anses inte omvårdnad av patienter med postoperativt delirium vara lika legitimt som omvårdnad av patienter med exempelvis bröstsmärta. Utöver detta är det vanligt att anestesisjuksköterskor väljer att behandla patienter som drabbats av delirium farmakologiskt med anti-psykotika eller hypnotika i brist på kunskap. Vid operation av äldre patienter väljer de flesta anestesisjuksköterskor preoperativt att anpassa vilka läkemedel som ska ges intraoperativt. Det finns dock inte några riktlinjer kring detta utan vilka läkemedel som ges är upp till respektive anestesisjuksköterska i samråd med anesthesiolog (Igwe m.fl., 2019).

Flertalet anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor använder inte de korrekta termerna för tillståndet och förstår inte allvaret med denna diagnos. Patienter som drabbas av delirium ses som en ökad arbetsbelastning (Kjorven m.fl., 2010). Många intensivvårdssjuksköterskor uppfattar bristen på tid som utmanande men erfar även en begränsning på grund av rädsla och otrygghet gentemot patienterna då de aldrig vet vad de kommer att mötas av vid omvårdnad av dessa patienter. Denna föreställning erfars i större utsträckning när patienterna är aggressiva och har hallucinationer (Schofield m.fl., 2012; Waterfield m.fl., 2018; Zamoscik m.fl., 2017). Trots de påfrestande känslor intensivvårdssjuksköterskor erfar, förenade med delirium, erfar dessa sjuksköterskor även en stolthet att vårda dessa patienter samt känner sig behövda av patienterna (Leblanc m.fl., 2018).

2.5.2. Anhörigas erfarenheter av när närstående drabbats av delirium

Meilak m.fl. (2019) lyfter att anhöriga som är delaktiga i vården av närstående kan påverkas negativt, drabbas av ångest och oro samt visa tecken på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). De anhöriga erfar känslan av frustration, förvirring och ångslan, särskilt i de fall där de anhöriga inte har någon tidigare kunskap om delirium. Bull (2001) och Meilak m.fl. (2019) belyser att anhöriga som har tidigare kunskap om delirium berättar att de är mer förberedda och införstådda i situationer som kan uppstå. De som inte har någon tidigare kunskap önskar få denna kunskap från de sjuksköterskor som vårdar deras närstående för att bättre kunna förstå och hantera situationer där deras närstående har drabbats av delirium. Azoulay m.fl. (2005) lyfter risken att utveckla PTSD är större om en okunskap finns. Av de anhöriga som erfor en bristande kunskap utvecklade 48,4% PTSD jämfört med 33,1% hos dem som erfor att de hade kunskap. Day och Higgins (2015) samt Martins m.fl. (2018) menar att det är upplevelsen av oväntade, hastiga och oförutsägbara förändringarna hos den närstående och frånvaron av personen de känner som är emotionellt ansträngande. Likaså att inte veta hur de kan hjälpa till samt frånvaro av stöd från sjukvårdspersonalen är känslomässigt jobbigt. De är rädda att deras närstående har drabbats av demenssjukdom, hjärnskada eller är nära att avlida. Vidare framhäver Day och Higgins (2015), Martins m.fl. (2018) och Stenwall m.fl. (2008) att somliga erfar situationen så ansträngande att de inte förmår umgås med sin närstående då de inte känner igen eller kan anknyta till varandra, den närstående är en främling för dem. Smithburger m.fl. (2017) framhäver dock att anhöriga faktiskt vill vara delaktiga i omvårdnaden av närstående. Mailhot m.fl. (2017) konstaterar att majoriteten av de anhöriga som vårdat en närstående som drabbats av delirium, erfar att de bidragit i tillfrisknandet. Om situationen skulle uppstå igen uppger de anhöriga även att de återigen skulle ta beslutet att stanna kvar och hjälpa till med omvårdnaden av den närstående.

2.6. Författningar och riktlinjer gällande sjuksköterskors bemötande, omvårdnad och kunskap

Delirium är, som tidigare nämnts, ett vanligt förekommande fenomen i samband med anesthesi- och intensivvård. För att patienter ska kunna erhålla bästa möjliga vård är det viktigt att anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor är pålästa om vilka författningar och lagar som finns. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) 2 kap. 1§ har sjuksköterskor en central roll när det kommer till att främja hälsa genom att bland annat förebygga smärta och behandla sjukdom. Patientsäkerhetslagen (SFS 2020:1052) tydliggör i 1 kap. 5§ att vårdskada innefattar såväl kroppsligt som psykiskt lidande. I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med inriktning anesthesi- och intensivvård respektive -intensivvård (Riksförening för anesthesi och intensivvård & Svenska Sjuksköterskeförening, 2019) beskrivs att sjuksköterskor ska vårda patienter med respekt och bevara dennes integritet samt skapa en god vårdanderelation genom tillit, förtroende och trygghet. Sjuksköterskor ska även visa respekt och värdighet för patienternas anhöriga. Det är viktigt att sjuksköterskor kan informera och undervisa både patienter och anhöriga utifrån deras behov och situation. Dokumentation ska ske på ett korrekt och noggrant vis för att möjliggöra utveckling och behov samt vad som inträffat och utförts. Både anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor ska kunna använda de olika mätinstrument

och övervakningar som finns inom respektive inriktning. Vidare ska sjuksköterskor kontinuerligt söka efter ny kunskap och utvärdera denna för att vara en del i den utvecklande vården. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) 5 kap. 1§ betonar att sjuksköterskor ska visa hänsyn för patienternas självbestämmande i vården. Likaså beskrivs i Patientlagen (SFS 2014:821) 5 kap. 2§ gällande delaktighet att patienternas delaktighet är betydelsefull för att engagera patienterna i behandlingar och undersökningar.

2.7. Vårdvetenskapligt perspektiv

Delirium uppstår i stor utsträckning i samband med anestesi- och intensivvård och kan utgöra ett lidande hos patienterna. Av den anledningen anser författarna till detta examensarbete att Katie Erikssons (1994) vårdvetenskapliga omvårdnadsteori är relevant då det är anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor som genom omvårdnad ska lindra detta lidande.

2.7.1. Lidande

Enligt Eriksson (1994) utgör lidandet en del av det mänskliga livet. Att lida är att kämpa mellan det onda och det goda, lidande och lust, liv och död. Är lidandet meningsfullt och uthärdligt kan det innebära en utveckling för individen. Eriksson menar att lidande kännetecknas av tre olika former: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Lidandet innebär ofta att patienter utsätts för en kränkning, hot eller förlust av människan själv. Lidandet är starkt kopplat till att patienterna kan erfara en känsla av förlust av kontroll. Det är betydelsefullt att sjukvårdspersonal är lyhörda för patienters lidande då patienter kan tendera till att bli apatiska i situationen och genom det inte uttrycka sitt lidande. Sjuksköterskor bär ett ansvar att samtala om lidande med patienterna (Eriksson, 1994).

2.7.2. Sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande

Patienter kan uppleva lidande i samband med sjukdom, behandling eller smärta. Detta kan förebyggas genom att sjuksköterskor är lyhörda och lindrar det som gör att patienterna upplever ett lidande. Den kroppsliga smärtan är starkt kopplad till den psykiska smärtan. Sjukdomslidande kommer som en följd av negativa händelser hos patienterna, till exempel känslor av skuld och skam. Dessa känslor är starkt kopplade till sjuksköterskors attityd gentemot patienterna (Eriksson, 1994).

Vårdlidande är det lidande som sjukvårdspersonal utsätter patienter för genom kränkningar, förnedring och genom att behandla patienter respektlöst och utan värdighet. Vårdlidande är ett onödigt lidande patienter utsätts för och sjuksköterskor bär ett stort ansvar att vårda patienter med värdighet och var lyhörd för att inte utsätta patienterna för detta. Att orsaka känsla av skam hos patienter är allvarligt då patienterna sannolikt inte kunnat påverka situationen. Sjuksköterskor bör ha som mål att upprätthålla värdighet, respekt och bibehålla patienternas autonomi. Att utöva makt över patienter bidrar också till ett vårdlidande. Ett sådant exempel skulle kunna vara att sjuksköterskor inte lyssnar på patienterna eller inte tar

patienters situation på allvar, att avvakta med behandling som minskar patienters lidande (Eriksson, 1994).

Eriksson (1994) beskriver att livslidande uppstår hos patienter när hans vardag hastigt förändras, genom att drabbas av exempelvis sjukdom, skada eller förluster. Patienter som drabbas av livshotande sjukdomar eller skador kan uppleva rädsla, maktlöshet samt en känsla av att ena dagen vara levande till att andra dagen ha en helt ny livssituation. Hela människan påverkas i livslidandet och detta synliggörs framför allt vid sjukdom eller skada hos en människa.

2.8. Problemformulering

Delirium är ett komplex tillstånd som medför flertalet symtom. Dessa symtom kan vara svåra att identifiera och kan lätt förväxlas med andra sjukdomar. Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor möter patienter som drabbats av delirium postoperativt och intensivvårdssjuksköterskor möter främst dessa patienter i samband med ventilatorvård. Det finns forskning som talar om hur anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor kan arbeta för att förhindra uppkomst av delirium hos patienter. Tidigare forskning visar dock att det finns en bristande kunskap kring deliriumtillståndet bland anestesi-, intensivvårdssjuksköterskor och anhöriga. Detta försvårar mötet med och vårdandet av dessa patienter. Bristfällig förståelse för tillståndet, rädslan för symtomen och den krävande vård delirium innebär kan leda till att anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor nonchalerar patienter som drabbats av delirium. Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor ska kunna informera och involvera både patienter och anhöriga i omvårdnaden samt främja hälsa och förebygga smärta hos patienten. Ett bristande bemötande och dålig attityd gentemot patienterna kan skapa eller förvärra både sjukdomslidande och vårdlidande. Genom att undersöka de erfarenheter patienter som drabbats av delirium i samband med anestesi- respektive intensivvård har, kan sjukvården bemöta dessa patienter med förståelse och empati då de får en ökad kunskap och förståelse för tillståndet.

3. SYFTE

Syftet är att undersöka patienters erfarenheter av att drabbas av delirium i samband med anestesi- och intensivvård.

4. METOD

Metoden är en litteraturöversikt med induktiv ansats enligt Friberg (2017). Metoden har en deskriptiv karaktär och inkluderar såväl kvalitativa, kvantitativa som mixade studier (Friberg, 2017). Denna metod var därmed relevant för analys av patienters erfarenheter av att drabbas av delirium i samband med anestesi- och intensivvård. Friberg (2017) menar att en litteraturöversikt handlar om att generera en översikt över det nuvarande kunskapsläget inom ett omvårdnadsrelaterat område och på så sätt ta reda på vad som studerats. För att ta reda på vad studier fastslår inom ett visst område måste de texter som publicerats inom området bearbetas. Litteraturöversikten görs i ett antal steg. Först ska ett problemområde identifieras och avgränsas. Sökord och sökstrategier ska sedan bestämmas och vetenskapliga studier sökas. Ett helikopterperspektiv anläggs, det vill säga att sammanfattningarna ska läsas för att få en översiktsbild över studiernas karaktär. Efter överblicken görs det slutliga urvalet och de studier som är kvar är de som ska kvalitetsgranskas och ingå i analysen till resultatet. Friberg har ett flertal frågor som ska besvaras för att avgöra en studies kvalitet. Det är studiens kvalitet som avgör om den kommer inkluderas i examensarbetet eller inte. De inkluderade studierna analyseras, likheter och skillnader jämförs samt övergripande områden identifieras. Studierna sammanställs och en datareduktion görs (Friberg, 2017).

4.1. Urval och datainsamling

För att samla in data användes databaserna PubMed och CINAHL Plus. Även manuell sökning via studiers referenslistor gjordes. Då sammanhanget var både patienter från anestesi- och intensivvård användes studier gällande båda dessa professionella kontext. Aktuella sökord var: *nursing, caring, patient, experience, anesthesia, delirium, postoperative, perioperative, intensive care, acute confusion*. Trunkeringar samt Boolesk sök teknik med AND, OR och NOT har använts. Trunkering innebär att exempelvis en asterisk görs i slutet av ett ord för att finna alla böjningar av det ordet, exempelvis *nurs** som genererar träffar på både *nursing* och *nurse*. Boolesk sök teknik används för att finna alla synonymer av en term eller tydliggöra sökningen (Österlundh, 2017). Avgränsningar som gjorts i sökning av studier var att de skulle vara peer reviewede samt skrivna på engelska. Peer reviewed innebär att ett studie genomgått en fackgranskning, det vill säga att redaktören för publicerande tidskrift samt två till tre framstående forskare inom berört ämne bedömer studien (Österlundh, 2017). Inga avgränsningar gjordes för fulltext för att inte förbise relevanta studier. I de fall en studie inte fanns i heltext i databaserna PubMed eller CINAHL Plus tillämpades sökningar på Researchgate eller Google Scholar. Inklusions- och exklusionskriterier avgränsar sökområdet för att svara an på syftet. Inklusionskriterier i detta examensarbete var studier där det var patienter som drabbats av delirium i samband med anestesi- och intensivvård. Exklusionskriterier var studier äldre än 10 år, patienter under 18 år, patienter med tidigare demenssjukdom och patienter med framskriden cancerdiagnos. Dessa exklusionskriterier valdes för att säkerställa att den senaste forskningen användes, att det enbart berörde vuxna patienter samt att det inte fanns någon underliggande sjukdomsorsak till uppkomsten av delirium hos patienterna. Från artiklar som hade fler aspekter än det detta examensarbete ämnade undersöka användes enbart relevant information som svarade an på syftet. På grund

av bristande underlag har sex studier äldre än tio år använts. Dessa artiklar var av medelhög till hög kvalitet, motsvarade examensarbetets syfte samt presenterade liknande resultat som resterande studier.

4.2. Kvalitetsgranskning

Artiklarna har granskats utifrån Fribergs (2017) kvalitetsgranskningsformulär som består av 14 frågor för de kvalitativa studierna samt 13 frågor för de kvantitativa studierna (Bilaga B). Då omvårdnadsvetenskaplig teoribildning sällan uttalas och således kräver tolkning har dessa frågor uteslutits. Därmed återstår tolv frågor för de kvalitativa studierna och elva frågor för de kvantitativa studierna. För att bedöma studiernas kvalitet poängsattes respektive fråga. Om huvudfrågan gick att besvara med ett ja fick den ett poäng. Det fanns i vissa fall även en följdfråga vars syfte var att förtydliga huvudfrågan. För hög kvalitet krävdes ett tydligt beskrivet syfte, metod och resultat samt 9–11 av 12 poäng. Om någon eller några av dessa delar saknades bedömdes studier med 5–8 poäng ha medel kvalitet och studier med 0–4 poäng ha låg kvalitet. Om studien uppfyllde samtliga faktorer för hög kvalitet men fick under nio poäng bedömdes den som medelhög kvalitet. Om studien inte besvarade detta examensarbets syfte eller om studien fick låg kvalitet exkluderades den från arbetet. Efter kvalitetsgranskningen återstod 24 studier som analyserades och låg till grund för resultatet (Bilaga C).

4.3. Dataanalys

I enighet med Friberg (2017) har dataanalysen för detta arbete gjorts i tre steg. Första steget innebar att samtliga studier skrevs ut. Initialt läste författarna till detta arbete samtliga studier på varsitt håll. Studierna lästes upprepade gånger. För att få en överblick av respektive studies innehåll gjordes en sammanfattning i form av löpande text och punkter. Sammanfattningen fungerade som stöd i analysarbetet och användes endast som arbetsdokument för att säkerställa att inget relevant förbisågs. När sammanfattningar för samtliga studier var gjorda träffades författarna till detta arbete för att jämföra och diskutera respektive studie. Detta för att säkerställa att studierna uppfattats korrekt och att inga tolkningar gjorts.

Det andra steget bestod av att identifiera likheter och skillnader i studiernas syfte, metod och resultat. För att underlätta detta sorterades studierna i alfabetisk ordning och numrerades. Med hjälp av sammanfattningarna kunde en översiktstabell (Bilaga D) göras där likartade aspekter sorterades. När likheter och skillnader identifierats lästes studierna igen och då med de funna aspekterna i åtanke för att säkerställa att ingen tolkning gjorts. Enligt Friberg (2017) ska översiktstabellen göras innan sammanfattningen men författarna till detta arbete upplevde att studiernas innehåll blev lättare att överblicka om sammanfattningen utfördes först.

I det tredje steget sorterades och sammanställdes datamaterialet med hjälp av översiktstabellen och sammanfattningarna. Först jämfördes studiernas syften. Inför jämförelse av studiernas metod delades studierna upp så att respektive metod jämfördes för sig, det vill säga att kvalitativa endast jämfördes med kvalitativa och detsamma för kvantitativ

och mixad metod. Via översiktstabellen och de aspekter som sammanställts kunde sedan fem kategorier urskiljas. Detta gjordes genom att samtliga aspekter skrevs upp på en whiteboard för att se hur de hörde samman med varandra och på vilket sätt. Rubriker gjordes och utifrån dessa kunde dessa fem kategorier urskiljas. Baserat på kategorierna lästes studierna igen och färgsorterades i syfte att inte missa eller blanda ihop de olika kategorierna. Alternativ verklighet markerades till exempel med blått, emotionellt lidande med gult och bemötande med orange. De fem kategorierna delades sedan in under två huvudkategorier med tre respektive två underkategorier.

Tabell 1. Översikt av dataanalysens process

Sammanställning av dataanalys	
Steg 1	<ul style="list-style-type: none"> • Studierna lästes individuellt flertalet gånger • Sammanfattning för respektive studie skrevs • Författarna träffades för att jämföra vad som framkommit
Steg 2	<ul style="list-style-type: none"> • Likheter och skillnader identifierades • Översiktstabelle av studierna formulerades
Steg 3	<ul style="list-style-type: none"> • Datamaterialet sorterades och sammanställdes • Kategorier urskildes

5. ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Det är omöjligt att sätta sig in i ett ämne och vara helt objektiv. Den förförståelse som funnits har ämnats åsidosättas i möjligast mån. Samtliga studier har lästs med ett öppet sinne och i enighet med Codex (2020) har resultatet från studierna inte förvrängt eller plagierats för att överensstämma med detta examensarbets preferenser. Friberg (2017) framhäver vikten av att författarna till ett examensarbete diskuterar studiernas innehåll med varandra för att minimera risken för tolkning eller förförståelse. Författarna till detta examensarbete har därmed fört en diskussion kring studiernas resultat och analysen av dessa under hela arbetets gång. Då studierna är skrivna på engelska och översatts till svenska kan en vis subjektiv tolkning finnas. För att förhindra feltolkning och förförståelse har lexikon använts i översättningen. Referering har skett i enlighet med American Psychological Association (2020) i syfte att tydliggöra vad resultatet baserar sig på för källor. Endast artiklar som uppfyllt de etiska övervägandena gällande anonymitet och frivillighet har använts i detta examensarbete. Vidare har samtliga studier som svarar an på syftet samt uppfyller Fribergs (2017) kvalitetskriterier inkluderats för att resultatet ska vila på studier av hög kvalitet.

6. RESULTAT

I detta avsnitt kommer likheter och skillnader i syfte, metod och resultat presenteras. De kvalitativa, kvantitativa och mixade studierna har i metod redovisats separat men i syfte och resultat redovisats tillsammans. Detta för att få en översiktlig helhetsbild av studiernas olika delar som är fokus för examensarbetet. Vidare har likheter och skillnader i resultat presenterats under två huvudkategorier; *Behagliga och obehagliga erfarenheter* vid delirium med tillhörande tre underkategorier samt *Erfarenheter av bemötande vid delirium* med tillhörande två underkategorier (se Tabell 2).

Tabell 2. Översikt av huvudkategori samt underkategorier som framkommit i resultatet

Huvudkategori	Underkategori
Behagliga och obehagliga erfarenheter vid delirium	Att konfronteras med döden
	Att erfara en alternativ verklighet
	Att erfara emotionellt lidande
Erfarenheter av bemötande vid delirium	Att bemötas av anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor
	Att bemötas av anhöriga

6.1. Likheter och skillnader i syfte

Samtliga studier hade som syfte att undersöka patienters erfarenheter av att drabbas av delirium.

Tolv av studierna behandlade patienter som drabbats av delirium postoperativt och på IVA (Berntzen m.fl., 2018; Claesson LingeHall m.fl., 2015; Costa m.fl., 2014; Engström m.fl., 2013; Flynn m.fl., 2014; Granberg, 2020; Löf m.fl., 2008; Magarey & McCutcheon, 2005; Ringdal m.fl., 2006; Roberts m.fl., 2006; Samuelson, 2011; Tronstad m.fl., 2020; Wade m.fl., 2015). Av dessa var det sex studier som undersökte patienternas minnen av delirium under vårdtiden (Costa m.fl., 2014; Löf m.fl., 2008; Magarey & McCutcheon, 2005; Ringdal m.fl., 2006; Roberts m.fl., 2006; Samuelson, 2011). Costa m.fl. (2014) undersökte sambandet mellan sederling och patienternas minnen, Ringdal m.fl. (2006) undersökte traumapatienters minnen av delirium, Löf m.fl. (2008) undersökte utöver minnen även känslomässiga reaktioner hos kritiskt sjuka patienter och Roberts m.fl. (2006) observerade och jämförde patienternas beteende under deliriumtillstånd med deras erfarna minnen. Samuelson (2011) undersökte både patienternas behagliga och obehagliga minnen av att drabbas av delirium. Fem av dessa tolv studier undersökte patienternas erfarenheter av delirium (Berntzen m.fl., 2018; Engström m.fl., 2013; Flynn m.fl., 2014; Granberg, 2020; Tronstad m.fl., 2020). Granberg (2020) jämförde tidigare forskning med patienters erfarenheter av delirium och Flynn m.fl. (2014) undersökte erfarenheter av delirium hos postoperativa transplantationspatienter. En studie gällde även postoperativa patienters erfarenheter förenade med PTSD (Wade m.fl., 2015).

Sju studier var inriktade på enbart IVA-patienter (Adamson m.fl., 2004; Guttormson, 2014; Meriläinen m.fl., 2013; Svenningsen m.fl., 2012; Svenningsen m.fl., 2016; Van Rompaey m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015). Fyra av dessa studier beskriver patienters erfarenheter av delirium (Adamson, m.fl., 2004; Guttormson, 2014; Van Romapey m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015). Tre studier undersökte patienternas minnen av delirium (Meriläinen m.fl., 2013; Svenningsen m.fl., 2012; Svenningsen m.fl., 2016). Svenningsen m.fl. (2012) inriktade sig främst på livskvalitet, vårdbehov och minnen i samband med delirium efter vård på IVA och Meriläinen m.fl. (2013) undersökte patientens minnen av delirium i interaktion med vårdmiljön.

Fem studier gällde erfarenheter av postoperativt delirium (Claesson Lingehall m.fl., 2015; Instenes m.fl., 2018; Instenes m.fl., 2019; Pollard m.fl., 2015; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007). Tre av dessa studier undersökte patienter som genomgått hjärtoperation (Claesson Lingehall m.fl., 2015; Instenes m.fl., 2018; Instenes m.fl., 2019), varav två gällde patienter över 80 år (Instenes m.fl., 2018; Instenes m.fl., 2019). En studie undersökte delirium hos patienter efter höftoperation (Sörensen Duppils & Wikblad, 2007). En studie inriktade sig inte på någon specifik population (Pollard m.fl., 2015).

6.2. Likheter och skillnader i metod

17 studier var av kvalitativ ansats och har använt intervjuer som datainsamlingsmetod. Samtliga kvalitativa studier har spelat in och transkriberat genomförda intervjuer (Adamsonson m.fl., 2004; Berntzen m.fl., 2018; Claesson Lingehall m.fl., 2013; Engström m.fl., 2013; Flynn m.fl., 2014; Granberg-Axéll, 2020; Instenes m.fl., 2018; Instenes m.fl., 2019; Löf m.fl., 2008; Pollard m.fl., 2015; Samuelson, 2011; Svenningsen m.fl., 2014; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Tronstad m.fl., 2020; Van Rompaey m.fl., 2016; Wang m.fl., 2009; Whitehorne m.fl., 2015). Nio av dessa studier omfattade semistrukturerade intervjuer (Adamsson m.fl., 2004; Berntzen m.fl., 2018; Claesson Lingehall m.fl., 2013; Granberg-Axéll, 2020; Löf m.fl., 2008; Pollard m.fl., 2015; Tronstad m.fl., 2020; Van Rompaey m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015). Pollard m.fl. (2015) och Whitehorne m.fl. (2015) specificerar att de använt djupgående frågor. Granberg-Axéll (2020) använde öppna frågor. En studie utförde strukturerade intervjuer (Engström m.fl., 2013) och en studie utförde ostrukturerade intervjuer med öppna frågor (Sörensen Duppils & Wikblad, 2007). Fyra studier tillämpade en berättande intervjumetod med en till två frågor där deltagarna fritt fick berätta utifrån minnen av vad de upplevt (Flynn m.fl., 2014; Svenningsen m.fl., 2016; Samuelson, 2011; Wang m.fl., 2009). Instenes m.fl. (2018) och Instenes m.fl. (2019) genomförde först en pilotintervju för att eventuellt korrigera otydliga frågor. De använde öppna och djupgående frågor och Instenes m.fl. (2019) uppmuntrade även deltagarna att berätta mer om respektive fråga. Två studier utförde även observationer utöver intervjuerna (Pollard m.fl., 2015; Sörensen-Duppils & Wikblad, 2007).

Två studier var kvantitativa och använde enkäter men med olika design (Costa m.fl., 2014; Ringdal m.fl., 2006). Ringdal m.fl. (2006) använde en explorativ multicentrerad design med enkäter som sänds hem till patienterna sex till åtta månader efter utskrivning från IVA. 239

patienter deltog i undersökningen. Costa m.fl. (2014) genomförde en prospektiv kohortstudie där 128 deltagare fyllde i enkäten Intensive Care Unit Memory (ICUM) tre månader efter utskrivning från IVA. Båda dessa studier analyserade insamlad data via SPSS.

Sex studier bestod av mixad metod med kvalitativ och kvantitativ ansats (Guttormson, 2014; Meriläinen m.fl., 2013; Magarey & McCutcheon, 2005; Roberts m.fl., 2006; Svenningsen m.fl., 2012; Wade m.fl., 2015;). Samtliga studier använde bland annat intervjuer som datainsamlingsmetod men hade olika utformning på dessa. Magarey och McCutcheon (2005) och Wade m.fl. (2015) använde semi-strukturerade intervjuer, Guttormson (2014) och Svenningsen m.fl. (2012) använde strukturerade intervjuer och Meriläinen m.fl. (2013) använde ostrukturerade och djupgående intervjuer. Samtliga intervjuer spelades in och av dessa var det fem av studierna som även transkriberade intervjuerna (Guttormson, 2014; Magarey & McCutcheon, 2005; Wade m.fl., 2015; Meriläinen m.fl., 2013; Svenningsen m.fl. 2012). Roberts m.fl. (2006) utförde intervjuerna via telefon och använde både öppna och slutna frågor. De transkriberade inte intervjuerna utan tog istället anteckningar under intervjuens gång som de sedan kontrollerade med deltagaren i slutet av intervjun. Observationer gjordes i två studier (Guttormson, 2014; Meriläinen m.fl., 2013). Meriläinen m.fl. (2013) filmade patienterna i 24 timmar och jämförde sedan dessa observationer med uppföljande intervjuer. I tre studier användes enkäter i olika form som datainsamlingsmetod. Samtliga studiers insamlade data har kategoriserats kvantitativt och kvalitativt samt redovisats tillsammans (Costa m.fl., 2014; Guttormson, 2014; Meriläinen m.fl., 2013; Ringdal m.fl., 2006; Roberts m.fl., 2006 och Wade m.fl., 2015).

6.3. Likheter och skillnader i resultat

I följande avsnitt redogörs för studiernas resultatdelar. Huvudkategorierna benämns *behagliga och obehagliga erfarenheter av delirium* samt *erfarenheter av bemötande vid delirium* då detta är något som är återkommande i samtliga studiers resultat. Vidare behandlas underkategorierna *att konfronteras med döden*, *att erfara en alternativ verklighet*, *att erfara emotionellt lidande*, *att bemötas av anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor* samt *att bemötas av anhöriga*.

6.3.1. Att konfronteras med döden

Det var vanligt att patienter mötte döden i olika skepnader och att detta var något som framkallade behagliga eller obehagliga erfarenheter (Berntzen m.fl., 2017; Claesson Lingehall m.fl., 2018; Flynn m.fl., 2014; Granberg-Axéll, 2020; Instenes m.fl., 2018; Löf m.fl., 2018; Magarey & McCutcheon, 2005; Meriläinen m.fl., 2013; Roberts m.fl., 2006; Svenningsen m.fl., 2016; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Wade m.fl., 2016). Majoriteten erfor mötet med döden som obehagligt, enbart två patienter erfor mötet som behagligt (Claesson Lingehall m.fl., 2018; Svenningsen m.fl., 2016) och en beskrev det som varken behagligt eller obehagligt (Instenes m.fl., 2018). Patienterna beskrev att de stod inför ett val mellan liv och död (Berntzen m.fl., 2017; Granberg-Axéll, 2020; Svenningsen m.fl., 2016). En patient beskrev detta som att han stod vid en dörr och fick välja mellan att stanna kvar eller vandra vidare till ett lyxigare

ställe med vackra kvinnor (Berntzen m.fl., 2017). Andra patienter beskrev mötet med döden som ett ljus eller en tunnel de skulle gå igenom (Roberts m.fl., 2006; Svenningsen m.fl., 2016). Det var inte ovanligt att patienterna fick kämpa för att överleva (Flynn m.fl., 2014; Granberg-Axéll, 2020; Löf m.fl., 2018; Svenningsen m.fl., 2016; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007). Detta beskrevs till exempel som att kämpa i kvicksand. Det fanns också patienter som inte ville överleva utan istället hoppades på att få dö (Löf m.fl., 2018) eller bad läkaren injicera ett läkemedel som ledde till en dödlig utgång (Meriläinen m.fl., 2013).

Flertalet patienter beskrev erfarenheter av att konfronteras med döda anhöriga (Berntzen m.fl., 2017; Claesson LingeHall m.fl., 2018; Granberg-Axéll, 2020; Magarey & McCutcheon, 2005; Svenningsen m.fl., 2016; Wade m.fl., 2016). Dessa avlidna anhöriga kunde vara både stöttande (Claesson LingeHall m.fl., 2018; Svenningsen m.fl., 2016) och skrämmande (Berntzen m.fl., 2017; Granberg-Axéll, 2020; Magarey & McCutcheon, 2005; Svenningsen m.fl., 2016). Att träffa en avliden anhörig kunde orsaka förvirring och osäkerhet kring huruvida patienten var död eller levande (Magarey & McCutcheon, 2005; Meriläinen m.fl., 2013; Instenes m.fl., 2018). Det fanns patienter som sett döden som en skepnad (Instenes m.fl., 2018; Magarey & McCutcheon, 2005; Wade m.fl., 2016). En patient kunde känna närvaro av döden utan att se någon skepnad (Meriläinen m.fl., 2013). Dessa erfarenheter upplevdes som mycket obehagliga (Magarey & McCutcheon, 2005; Meriläinen m.fl., 2013; Wade m.fl., 2016) men en studie beskrev det som fascinerande (Instenes m.fl., 2018). Patienter kunde även beskriva erfarenheter av ett liv efter detta (Wade m.fl., 2016).

Patienterna erfor att anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor försökte döda dem (Flynn m.fl., 2014; Magarey & McCutcheon, 2005; Pollard m.fl., 2015; Roberts m.fl., 2006; Svenningsen m.fl., 2016; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Tronstad m.fl., 2020; Wade m.fl., 2016). Detta kunde ske genom att patienterna blev överdoserade med läkemedel (Magarey & McCutcheon, 2005), blev torterade (Wade m.fl., 2016) eller genom injektioner (Sörensen Duppils & Wikblad, 2007). I själva verket var det anesthesi- eller intensivvårdssjuksköterskor som behandlade patienterna medicinskt eller utförde omvårdnad (Magarey & McCutcheon, 2005; Wade m.fl., 2016; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007). Det var inte ovanligt att patienter erfor att de blev kvävda eller dränkta (Flynn m.fl., 2014; Guttormson, 2014; Instenes m.fl., 2018). Patienter kunde kämpa mot angriparna eller försöka fly genom att lämna sängen (Magarey & McCutcheon, 2005; Pollard m.fl., 2015). Något som inte var lika vanligt var situationer där patienterna var förövarna (Roberts m.fl., 2006; Svenningsen m.fl., 2016; Wade m.fl., 2016). Patienterna erfor situationer där de trodde att de hade dödat andra människor (Roberts m.fl., 2006; Wade m.fl., 2016) eller att de var tvungna att döda för att överleva (Svenningsen m.fl., 2016).

6.3.2. Att erfara en alternativ verklighet

Majoriteten av studierna beskrev att patienterna erfor att de var på en annan plats (Adamson m.fl., 2019; Berntzen m.fl., 2017; Claesson LingeHall m.fl., 2018; Engström m.fl., 2013; Flynn m.fl., 2014; Granberg-Axéll, 2020; Guttormson, 2014; Instenes m.fl., 2018; Instenes m.fl., 2019; Löf m.fl., 2018; Magarey & McCutcheon, 2005; Meriläinen m.fl., 2013; Pollard m.fl., 2015; Ringdal m.fl., 2006; Roberts m.fl., 2006; Samuelsson, 2011; Svenningsen m.fl., 2012;

Svenningsen m.fl., 2016; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Tronstad m.fl., 2020, Van Rompaey m.fl., 2016; Wade m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015). Patienternas erfarenheter av att vara på en annan plats beskrevs som att vara i ett annat land (Guttormson, 2014; Svenningsen m.fl., 2012; Svenningsen m.fl., 2016) eller vara i en annan värld (Berntzen m.fl., 2017; Granberg-Axéll, 2020; Guttormson, 2014; Meriläinen m.fl., 2013; Samuelsson, 2011; Van Rompaey m.fl., 2016). Det kunde också vara mer specifikt som att delta i andra världskriget (Berntzen m.fl., 2017; Wade m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015), att befinna sig i olika fordon (Instenes m.fl., 2018; Svenningsen m.fl., 2012; Svenningsen m.fl., 2016). Patienter kunde även tro att de var hemma och blev frustrerade på sjukvårdspersonalen när de inte fick gå omkring som de ville, i vad de trodde var sina egna hem (Instenes m.fl., 2019). Flertalet patienter erfor det obehagligt att vara på en annan plats (Berntzen m.fl., 2017; Claesson LingeHall m.fl., 2018; Granberg-Axéll, 2020; Instenes m.fl., 2018; Löf m.fl., 2018; Meriläinen m.fl., 2013; Pollard m.fl., 2015; Ringdal m.fl., 2006; Roberts m.fl., 2006; Svenningsen m.fl., 2012; Svenningsen m.fl., 2016; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Tronstad m.fl., 2020; Van Rompaey m.fl., 2016; Wade m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015). Det fanns även patienter som erfor att deliriumfantasin om att vara på en annan plats kunde vara behaglig (Magarey & McCutcheon, 2005; Roberts m.fl., 2006; Tronstad m.fl., 2020; Van Rompaey m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015).

Det kunde vara svårt för patienterna att skilja mellan verklighet och deliriumfantasi (Berntzen m.fl., 2017; Flynn m.fl., 2014; Granberg-Axéll, 2020; Guttormson, 2014; Magarey & McCutcheon, 2005; Meriläinen m.fl., 2013; Svenningsen m.fl., 2016; Tronstad m.fl., 2020; Whitehorne m.fl., 2015) samt veta om de var vakna eller hade deliriumdrömmar (Meriläinen m.fl., 2013; Whitehorne m.fl., 2015). Patienterna beskrev hur deliriumfantasi och verklighet även kunde interagera (Roberts m.fl., 2006; Svenningsen m.fl., 2012; Svenningsen m.fl., 2016). En patient beskrev hur han satt i en miniatyrbil och tävlade mot diverse kändisar och att intensivvårdssjuksköterskan servade honom med läkemedel så att han kunde vinna loppet (Svenningsen m.fl., 2012). En annan patient beskrev hur han flögs i helikopter till Sverige för att opereras när han i verkligheten enbart förflyttades inom sjukhuset (Svenningsen m.fl., 2016).

Patienter erfor att de, i den alternativa verkligheten, blev instängda eller tillfångatagna (Claesson LingeHall m.fl., 2018; Guttormson, 2014; Instenes m.fl., 2018; Pollard m.fl., 2015; Roberts m.fl., 2006; Svenningsen m.fl., 2016; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Tronstad m.fl., 2020; Wade m.fl., 2016). Situationer där patienterna varit instängda kunde vara både obehagliga (Claesson LingeHall m.fl., 2018; Guttormson, 2014; Pollard m.fl., 2015; Roberts m.fl., 2006; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Tronstad m.fl., 2020; Wade m.fl., 2016) och neutrala då de förstod att de hallucinerade (Instenes m.fl., 2018; Svenningsen m.fl., 2016). Patienterna upplevde att de var instängda i burar (Claesson LingeHall m.fl., 2018) och att någon skadade dem när de försökte fly (Guttormson, 2014). Två patienter upplevde att de var instängda i brinnande hus och oförmögna att fly (Pollard m.fl., 2015; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007). Flertalet patienter hade erfarenheter av att vara fängslade (Pollard m.fl., 2015; Roberts m.fl., 2006; Wade m.fl., 2016), till exempel fastbundna i händer och fötter (Guttormson, 2014) eller varit fånge i ett nazistläger (Sörensen Duppils & Wikblad, 2007). Patienterna försökte i deliriumfantasin fly från situationen vilket i verkligheten yttrades i form av att de avlägsnade medicinsk utrustning, till exempel blodtrycksmanschett eller

läkemedelsaggregat (Instenes m.fl., 2018; Pollard m.fl., 2015; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007). 53,7% av patienterna har minnen av att ha blivit fasthållna när de haft delirium (Costa m.fl., 2014).

Hallucinationer gällande färger och mönster kunde vara både behagliga (Flynn m.fl., 2014; Magarey & McCutcheon, 2005; Samuelsson, 2011) och obehagliga erfarenheter i samband med delirium (Flynn m.fl., 2014; Instenes m.fl., 2018; Magarey & McCutcheon, 2005; Samuelsson, 2011; Svenningsen m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015). 17,7% av patienterna som drabbats av delirium erfor någon form av visuell hallucination i form av mönster eller färger i den alternativa verkligheten (Wade m.fl., 2016). Färger och mönster kunde vara behagliga då de var vackra (Samuelsson, 2011) samt ingav patienterna en känsla av lugn (Magarey & McCutcheon, 2005) och trygghet (Flynn m.fl., 2014). De färger och mönster som erfors obehagliga hade skapat en känsla av rädsla (Flynn m.fl., 2014; Instenes m.fl., 2018; Magarey & McCutcheon, 2005). Utöver färger var djur något som relativt ofta förekom i patienternas deliriumfantasi. Patienterna beskrev dessa som obehagliga då de var hotfulla och skrämmande (Claesson Linge hall m.fl., 2018; Granberg-Axéll, 2020; Instenes m.fl., 2018; Samuelsson, 2011; Svenningsen m.fl., 2016; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Wade m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015). Insekter kunde bland annat komma ut ur väggarna (Svenningsen m.fl., 2016), täckta väggar och golv (Granberg-Axéll, 2020; Instenes m.fl., 2018; Samuelsson, 2011) samt täckta hela patienten (Claesson Linge hall m.fl., 2018). Även däggdjur kunde förekomma. Det kunde vara råttor som kom ut ur ventilatorn (Sörensen Duppils & Wikblad, 2007), fåglar med leksakspistoler fyllda med blod (Wade m.fl., 2016) eller vilda apor som kastade sig mellan lamporna (Whitehorne m.fl., 2015).

6.3.3. Att erfara emotionellt lidande

Det förekom att patienter som drabbats av delirium inte blev diagnostiserade (Svenningsen m.fl., 2012; Whitehorne m.fl., 2015). De screeninginstrument som användes på patienterna för att upptäcka eventuellt delirium kunde vara falskt negativa (Svenningsen m.fl., 2012). När intensivvårdssjuksköterskor frågade patienterna om de visste var de var svarade patienterna att de var på IVA. Intensivvårdssjuksköterskorna trodde då att patienterna var orienterade men egentligen var de, i deliriumtillståndet, på exempelvis en båt som hette IVA. Patienterna förblev därmed odiagnostiserade (Whitehorne m.fl., 2015). Att inte diagnostiseras med delirium kunde innebära att patienterna erfor att de blivit galna, var konstiga eller blivit psykiskt sjuka och därmed led i onödan (Whitehorne m.fl., 2015). Patienterna beskrev oro över att ha blivit galna (Berntzen m.fl., 2017; Claesson Linge hall m.fl., 2018; Flynn m.fl., 2014; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Whitehorne m.fl., 2015). Patienterna vågade inte diskutera vad de upplevde då de var oroliga att bli skickade till psykiatriska avdelningen eller att de drabbats av demens (Sörensen Duppils & Wikblad, 2007).

Rädsla beskrevs som den starkaste känslan i samband med delirium (Van Rompaey m.fl., 2016). Rädslan kunde yttras i form av oro (Adamson m.fl., 2019; Claesson Linge hall m.fl., 2018; Instenes m.fl., 2019; Whitehorne m.fl., 2015), maktlöshet (Adamson m.fl., 2019), hjälplöshet (Wade m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015) och utsatthet (Instenes m.fl., 2019). Patienterna erfor även ilska och frustration (Claesson Linge hall m.fl., 2018; Costa m.fl., 2014;

Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Wade m.fl., 2016) samt panik (Sörensen Duppils & Wikblad, 2007) och värdelöshet (Löf m.fl., 2018). Delirium erfors vara värre än både smärta och törst (Magarey & McCutcheon, 2005). De emotionella erfarenheterna kunde leda till förvirring (Costa m.fl., 2014; Engström m.fl., 2013) och ångest (Adamson m.fl., 2019; Pollard m.fl., 2015; Whitehorne m.fl., 2015) men även depression (Adamson m.fl., 2019; Claesson Linge hall m.fl., 2018; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007). Det framkom vidare att patienter som drabbats av delirium hade mer otäcka mardrömmar än patienter som inte drabbats (Roberts m.fl., 2006). Av de patienter som drabbats av delirium var mardrömmarna dessutom plågsammare för patienter som var under 50 år (Ringdal m.fl., 2006). Patienterna kunde därför vara rädda för att somna (Berntzen m.fl., 2017; Engström m.fl., 2013). Patienter med kunskap om delirium förstod att de var i ett deliriumtillstånd och led därmed inte i samma utsträckning som de utan denna förståelse (Instenes m.fl., 2018). Patienterna med denna förståelse erfors sig ha kontroll och vara adekvata trots att de hallucinerade (Granberg-Axéll, 2020).

Patienterna kunde erfara emotionellt lidande till följd av känslor av skam och skuld (Berntzen m.fl., 2017; Claesson Linge hall m.fl., 2018; Flynn m.fl., 2014; Instenes m.fl., 2018; Pollard m.fl., 2015; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Van Rompaey m.fl., 2016; Wade m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015). De kunde känna sådan skam att de inte ville berätta vad de erfors för vårdpersonal eller anhöriga (Berntzen m.fl., 2017; Claesson Linge hall m.fl., 2018; Flynn m.fl., 2014). De skämdes även över hur de betett sig i samband med delirium (Berntzen m.fl., 2017; Claesson Linge hall m.fl., 2018; Flynn m.fl., 2014; Instenes m.fl., 2018; Pollard m.fl., 2015; Van Rompaey m.fl., 2015; Wade m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015). En patient beskrev hur hon erfors en känsla av skam över att ha förlorat självkontrollen (Instenes m.fl., 2018). Skam kunde övergå i skuld vid tillfällen då patienter förolämpat (Claesson Linge hall m.fl., 2018) eller varit våldsamma mot vårdpersonalen (Claesson Linge hall m.fl., 2018; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Tronstad m.fl., 2020; Van Rompaey m.fl., 2016). Patienterna var ångerfyllda och ville be om ursäkt (Claesson Linge hall m.fl., 2018; Pollard m.fl., 2015; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Van Rompaey m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015). Patienterna erfors även ånger på grund av den negativa inverkan på läkning och återhämtning de orsakat i samband med delirium, speciellt när de erfors att anestesi- och intensivvårdssjuksköterskorna ägnat mycket tid och energi åt patienternas välmående (Claesson Linge hall m.fl., 2018). Likadant var det vid tillfällen när patienterna ej varit samarbetsvilliga och dragit i slangar och katetrar (Van Rompaey m.fl., 2016).

Patienter som drabbats av delirium upprättade en intern dialog i syfte att klargöra vad som var verkligt och vad som var deliriumfantasi (Granberg-Axéll, 2020). De skapade strategier och sökte ledtrådar i omgivningen för att förstå vad som hände och var de befann sig (Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Whitehorne m.fl., 2015). Efter att ha drabbats av delirium erfors patienterna en utökad kunskap och förståelse om delirium. Detta kunde vara tröstande i det fall patienterna drabbades av delirium igen och visste att de kunde be om hjälp (Sörensen Duppils & Wikblad, 2007). Majoriteten av patienterna mådde bättre om de fick prata om vad de erfarit under deliriumtillstånden (Berntzen m.fl., 2017; Granberg-Axéll, 2020; Guttormson, 2014; Pollard m.fl., 2015; Van Rompaey m.fl., 2016; Wade m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015). 60% av patienterna som drabbats av delirium önskade professionellt samtalsstöd för att bearbeta sina minnen. Att inte få hjälp att hantera sina erfarenheter av delirium kunde leda till

post-psykotisk PTSD (Wade m.fl., 2016). Det fanns dock patienter som förnekade att de drabbats av delirium (Van Rompaey m.fl., 2016) eller inte ville prata om det (Flynn m.fl., 2014; Roberts m.fl., 2006; Svenningsen m.fl., 2012; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007). För att skydda sig från emotionellt lidande även efteråt försökte dessa patienter distansera sig från erfarenheterna av delirium (Sörensen Duppils & Wikblad, 2007) men blev lättade när de förstod att delirium är något normalt och att även medpatienter drabbats (Berntzen m.fl., 2017; Pollard m.fl., 2015). Fyra till arton månader efter utskrivning kunde patienterna fortfarande lida på grund av känslor som ångest, hjälplöshet, rädsla eller förändrad identitet (Berntzen m.fl., 2017; Claesson LingeHall m.fl., 2018; Flynn m.fl., 2014; Guttormson, 2014; Löf m.fl., 2018; Ringdal m.fl., 2006; Wade m.fl., 2016) samt drabbas av plötsligt och oförklarlig panik eller farhåga (Ringdal m.fl., 2006). Sex till tolv månader efter hemgång var det endast 15% ($p < 0.001$) av de som drabbats av delirium som kunnat återgå till arbete jämfört med 67% som inte drabbats av delirium (Ringdal m.fl., 2006).

6.3.4. Att bemötas av anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor

Efter genomgången operation var det fler patienter som mindes att de drabbats av delirium (44%) än som mindes att de inte drabbats av det (26%). Resterande patienter (30%) kunde ej minnas om de drabbats av delirium eller inte. Patienterna kunde ha tydliga minnen kring hur deliriumtillståndet började (Granberg-Axéll, 2020; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Van Rompaey m.fl., 2016). Det kunde vara fysiska obehag som till exempel att frysa eller ha en stark känsla av törst som inledde deliriumtillståndet (Sörensen Duppils & Wikblad, 2007). Tillståndet kunde ha ett hastigt eller utdraget igångsättande (Van Rompaey m.fl., 2015). Vid ett utdraget förlopp kunde patienterna erfara tecken på att något inte var som det skulle men erfor att vårdpersonalen inte uppmärksammade detta eller lyssnade på dem. Patienterna kunde till exempel ha svårigheter med att uppfatta tiden och trott att vårdpersonalen ställt om klockan. Denna obesvarade förvirring medförde ett lidande hos patienterna (Granberg-Axéll, 2020). Det var inte ovanligt att patienter erfor svårigheter i kommunikationen med anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskorna (Claesson LingeHall m.fl., 2018; Engström m.fl., 2013; Granberg-Axéll, 2020; Instenes m.fl., 2019; Meriläinen m.fl., 2013; Pollard m.fl., 2015; Samuelson, 2011; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Tronstad m.fl., 2020; Van Rompaey m.fl., 2016; Wade m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015). Patienterna erfor att de blev missförstådda av anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskorna, att de inte lyckades få deras uppmärksamhet (Claesson LingeHall m.fl., 2018) och att dessa sjuksköterskor var för stressade för att kommunicera med patienterna (Granberg-Axéll, 2020; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007). Patienterna erfor att de inte hann göra sig förstådda och att det då var meningslöst att försöka igen (Granberg-Axéll, 2020). En patient försökte kommunicera med anesthesisjuksköterskan genom att skiva en lapp. När patienten önskade mer papper tog anesthesisjuksköterskan istället pennan ifrån honom. Patienten erfor en känsla av övergivenhet då hans enda sätt att kommunicera på försvann (Pollard m.fl., 2015). En annan patient beskrev hur hon uppfattade att anesthesisjuksköterskorna var besvärade när hon ringde på klockan för att få hjälp. Patienten ursäktade dock dessa sjuksköterskor då hon förstod att hon möjligtvis varit jobbig på grund av sitt deliriumtillstånd (Instenes m.fl., 2019). Kommunikationen i samband med delirium försvårades när anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskorna vårdade utan empati och respekt för patienterna (Tronstad m.fl., 2020).

Ytterligare en bidragande faktor i bemötande som orsakade lidande var tillfällena då anestesioch intensivvårdssjuksköterskor behandlade patienterna respektlöst (Instenes m.fl., 2019) eller talade över huvudet på patienterna. När patienterna frågade anesthesioch intensivvårdssjuksköterskorna om de erfarenheter de haft i samband med delirium erfordessa sjuksköterskor inte tog dem på allvar (Instenes m.fl., 2019) eller hånade samt förlöjligade patienternas erfarenheter (Claesson Lingehall m.fl., 2018; Pollard m.fl., 2015). Detta bemötande skapade en barriär mellan patienterna och anesthesioch intensivvårdssjuksköterskorna (Tronstad m.fl., 2020). Anestesisjuksköterskorna var oförstående och fokuserade på det medicinska istället för patienternas oro samt kunde tala nedlåtande åt patienterna i dessa tillstånd av delirium. Okänsliga kommentarer gjorde stort negativt intryck på patienterna som tappade förtroendet för anestesisjuksköterskorna (Instenes m.fl., 2019). Intensivvårdssjuksköterskor erfors vara bestämda och dominanta i sitt bemötande gentemot patienterna (Wade m.fl., 2015). Patienterna erford en besvikelse över att de innan operationen inte erhållit någon information om att de kunde drabbas av delirium (Claesson Lingehall m.fl., 2018). De erford även efter operation eller intensivvård att de inte erhållit någon information om varför de hallucinerat eller betett sig annorlunda. Det förekom flertalet tillfällen där patienterna ställde frågor och sökte bekräftelse hos intervjuarna om vad de varit med om för att skapa en förståelse. Detta var något de inte erhållit av anesthesioch intensivvårdssjuksköterskorna (Berntzen m.fl., 2017; Claesson Lingehall m.fl., 2018; Engström m.fl., 2013; Flynn m.fl., 2014; Granberg-Axéll, 2020; Guttormsson, 2014; Löf m.fl., 2018; Magarey & McCutcheon, 2005; Pollard m.fl., 2015; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007).

Flertalet patienter uppskattade dock anesthesioch intensivvårdssjuksköterskornas närvaro och stöttande bemötande (Berntzen m.fl., 2017; Claesson Lingehall m.fl., 2018; Instenes m.fl., 2019; Magarey & McCutcheon, 2005; Meriläinen m.fl., 2013; Pollard m.fl., 2015; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Tronstad m.fl., 2019; Van Rompaey m.fl., 2016; Wade m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015). Anesthesioch intensivvårdssjuksköterskorna erfors kunna förmedla trygghet och lugn (Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Tronstad m.fl., 2019; Wade m.fl., 2015; Whitehorne m.fl., 2015). Patienterna mådde bra av att tala med intensivvårdssjuksköterskorna om vad de erfart och fått bekräftat att det de sett inte varit verklighet. När intensivvårdssjuksköterskorna var närvarande under en deliriumepisod erford patienterna att de blev hjälpta och mer avslappnade (Whitehorne m.fl., 2015).

6.3.5. Att bemötas av anhöriga

Anhörigas bemötande inverkade på patienternas återhämtning (Berntzen m.fl., 2017; Claesson Lingehall m.fl., 2018; Instenes m.fl., 2019; Pollard m.fl., 2015; Whitehorne m.fl., 2015). Patienterna beskrev att anhöriga kunde skratta åt dem när de berättade vad de erfart i deliriumfantasin och att detta påverkade patienterna negativt (Instenes m.fl., 2019; Whitehorne m.fl., 2015). Anhörigas humoristiska och smärtsamma kommentarer hade stor inverkan på patienterna och var något de mindes en lång tid efter utskrivning (Instenes m.fl., 2019). Patienterna mådde även dåligt när de anhöriga sa att de skämdes över patienternas beteende (Claesson Lingehall m.fl., 2018). En patient berättar om hur hon, under sjukhusvistelsen, berättat om sina erfarenheter av delirium för en anhörig och hur dåligt hon mådde på grund av detta och att hennes anhörig nonchalant sagt åt henne att inte tänka på det

(Pollard m.fl., 2015). En patient berättar även hur hans vuxna son bara skrattat åt honom när han frågade om det han erfarit varit verkligt. Om patienterna började ifrågasätta det egna förståndet och beteendet kunde de anhöriga dock övergå till att lugna patienterna (Instenes m.fl., 2019). Anhöriga hade ibland för avsikt att få patienterna på gott humör genom att skämta och skratta åt patienternas beteenden under deliriumtillståndet. Det resulterade dock istället i att patienterna mådde dåligt då de erfarit hemska hallucinationer och vanföreställningar som inte var något att skratta åt (Whitehorne m.fl., 2015). Patienter kunde bli tillsagda av anhöriga att inte tala om erfarna hallucinationer med någon då det fanns en risk att de skulle uppfattas som galna (Berntzen m.fl., 2017). Patienterna erfor att de anhöriga hade svårt att acceptera deliriumtillståndet, inte ville bli påmind om det samt inte ville tala om tillståndet. Detta bemötande medförde att patienternas sårbarhet och lidande förvärrades (Instenes m.fl., 2019). När anhöriga negligerade patienternas erfarenheter i samband med delirium erfor de en känsla av ensamhet och övergivenhet (Pollard m.fl., 2015).

Patienterna erfor dock även en lättnad över att anhöriga varit hos dem även om de inte kunde minnas detta (Van Rompaey m.fl., 2016). Anhöriga kunde bistå med trygghet samt lugn när de var närvarande och var ett familjärt ansikte för patienterna (Magarey & McCutcheon, 2005; Van Rompaey m.fl., 2016). De uppskattade de anhörigas stöttande bemötande samt att de tagit sig tid att besöka dem (Berntzen m.fl., 2017; Claesson Lingehall m.fl., 2018; Instenes m.fl., 2019; Magarey & McCutcheon, 2005; Meriläinen m.fl., 2013; Pollard m.fl., 2015; Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; Tronstad m.fl., 2019; Van Rompaey m.fl., 2016; Wade m.fl., 2016; Whitehorne m.fl., 2015). En patient beskrev att hon endast erfor trygghet när hennes anhöriga var vid hennes sida (Pollard m.fl., 2015). En annan patient skildrade hur hennes barnbarn var en stor tröst. De pratade om allt och kunde skratta och gråta tillsammans. Detta genererade i en känsla av trygghet och självsäkerhet (Instenes m.fl., 2019). Patienterna erfor även en stor tacksamhet då anhöriga kunde hjälpa dem med praktiska angelägenheter, till exempel bli förflyttad till enkelrum då deliriumfantasin anträdde samt förvärrades vid ljud och rörelse i en sal delad med ett flertal patienter (Granberg-Axéll, 2020; Instenes m.fl., 2019). Vidare erfor patienterna att de anhöriga ibland kunde bryta sig igenom deliriumtillståndet och hjälpa dem tillbaka till verkligheten, vilket var en stor lättnad (Pollard m.fl., 2015). Vid de tillfällen patienterna önskade information om vad de anhöriga observerat under patienternas deliriumtillstånd kunde de anhöriga återge detta. Detta kunde vara till hjälp när patienterna önskade minnas vad som inträffat och vad de erfarit (Whitehorne m.fl., 2015). Vid tillfällen då varken anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor eller anhöriga var närvarande kunde patienterna vända sig till medpatienter för stöd och bekräftelse (Claesson Lingehall m.fl., 2018).

7. DISKUSSION

I detta avsnitt kommer diskussion föras om resultatet, metod som använts och etiska ställningstaganden. Detta med utgångspunkt från examensarbetets syfte att undersöka patienters erfarenheter av att drabbas av delirium i samband med anesthesi- och intensivvård.

Vidare kommer resultatets centrala delar återkopplas till bakgrunden samt det vårdvetenskapliga begreppet lidande med utgång från Erikssons (1994) omvårdvårdnadsteori. Metoden diskuteras utifrån begreppen: tillförlitlighet, trovärdighet, giltighet och överförbarhet. Även för- och nackdelar med Fribergs (2017) litteraturöversikt kommer att diskuteras.

7.1. Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att lidande var den huvudsakliga erfarenheten hos patienter som drabbats av delirium. Det fanns dock patienter som erfor delirium som behagligt eller fascinerande, även om detta var relativt ovanligt. Patienterna erfor att de konfronterades med döden under deliriumtillståndet och var tvungna att kämpa för att överleva och göra ett aktivt val att leva eller dö. Dessa patienter har, som Eriksson (1994) beskriver, insett sitt lidande och befinner sig i en kamp mellan hopp och hopplöshet samt liv och död. Lidandet kunde vara så starkt att patienterna erfor att de ville dö. Det var vanligt att patienterna erfor en rädsla för anestesi- och intensivvårdssjuksköterskorna då de trodde att dessa ville döda dem genom bland annat överdosering av läkemedel. Patienterna reagerade genom att försöka fly eller angripa dessa sjuksköterskor. Enligt tidigare forskning var även anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor rädda och kände sig otrygga i samband med omvårdnad av patienter som drabbats delirium. Detta då de aldrig visste om patienterna plötsligt skulle bli aggressiva eller utåtagerande. Rädslan och otryggheten resulterade i att dessa sjuksköterskor erfor en begränsning i omvårdnaden (Schofield m.fl., 2012; Waterfield m.fl., 2018; Zamoscik m.fl. 2017), vilket kunde leda till att de medicinerade patienterna i lugnande syfte (Karabulut & Aktas, 2016). I resultatet framkom det att när patienterna var i tillstånd av flyktbenägenhet och var utåtagerande på grund av rädsla för anestesi- och intensivvårdssjuksköterskorna samt blev medicinerade av dem tilltog rädslan och paniken ytterligare. Detta kunde resultera i att patienterna blev aggressiva och våldsamma. Tidigare forskning visar även att medicinering kan vara en bidragande orsak till att patienter drabbas av delirium (McDaniel & Brudner, 2012; Santos, 2018; Stubberud, 2013; Ungarian m.fl., 2019; Wand m.fl., 2014). Författarna till detta examensarbete anser att det således föreligger en risk med att försöka medicinera bort symtomen orsakat av delirium. Då patienterna erfor att de blev lugna och avslappnade av anestesi- och intensivvårdssjuksköterskornas närvaro och försäkran om att det de såg inte var verklighet, hade detta varit ett bättre alternativt. Likväl, som Eriksson (1994) menar, sjuksköterskor kan orsaka ett lidande för patienterna genom sin attityd, kan de även lindra lidandet genom att vara lyhörda för vad patienterna berättar. Även kompetensbeskrivningen framhäver att det är sjuksköterskornas ansvar att frambringa förtroende, trygghet och tillit hos patienterna (Riksförening för anestesi och intensivvård & Svenska Sjuksköterskeförening, 2019).

Tidigare forskning skildrar att anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor erfor att de inte hade tillräckligt med tid och möjlighet att ge patienter som drabbats av delirium optimal omvårdnad (Schofield m.fl., 2012; Waterfield m.fl., 2018; Zamoscik m.fl., 2017). Vidare sågs dessa patienter som en arbetsbelastning (Kjorven m.fl., 2010). Resultatet visade att det här var något som patienterna uppfattade, vilket kunde leda till ett lidande. Patienterna erfor att de inte hann

göra sig förstådda eller uttrycka sin vilja innan anestesi- eller intensivvårdssjuksköterskorna lämnade dem. Patienterna erfor att anestesijuksköterskorna fokuserade på det medicinska istället för patienternas mentala mående och oro. Detta är något som även framkom i den tidigare forskningen där anestesijuksköterskor beskrev att de saknade kunskap om delirium och hur tillståndet skulle bemötas. Vidare skulle dessa sjuksköterskor vid tecken på delirium i första hand utesluta fysiologiska orsaker och i andra hand hålla fri luftväg samt övervaka patienten (Hudek, 2009). Då tidigare forskning och resultatet uppmärksammar att anestesijuksköterskor endast erhållit kunskap om delirium ur en medicinsk aspekt resonerar författarna till detta examensarbete att det förmodligen är svårt för dem att se delirium ur ett omvårdnadsperspektiv. Både anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor ansåg att de erhöll bristande kunskap om delirium (Claesson Lingehall m.fl., 2013; Igwe m.fl., 2019). Intensivvårdssjuksköterskor erfor att det var olustigt att diagnostisera patienter med delirium trots screeningsinstrument och ansåg att detta inte var deras arbetsuppgift (Claesson Lingehall m.fl., 2013). Lundström m.fl. (1999) tydliggör att utbildning leder till ökat självförtroende hos intensivvårdssjuksköterskor och att färre patienter därmed drabbas av delirium. I Kompetensbeskrivning för anestesi- respektive intensivvårdssjuksköterskor understryks dock att anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor ska behärska de olika mätinstrument som finns inom respektive område (Riksförening för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Eriksson (1994) betonar att om patienters behov av vård eller omvårdnad ignoreras kan detta leda till ett ökat vårdlidande samt få allvarliga konsekvenser i den vårdande relationen.

I resultatet framkom det att patienter inte blev diagnostiserade med delirium vilket kunde leda till ett onödigt lidande för patienterna, särskilt då förloppet var långdraget. Patienterna erfor att anestesi- och intensivvårdssjuksköterskorna inte uppmärksammade att de fått delirium och heller inte lyssnade på dem när de försökte kommunicera detta. Detta, tillsammans med att upplevelsen att anestesi- och intensivvårdssjuksköterskorna hånade, förlöjligade och försummade patienterna, skapade en barriär mellan dem. Barriären utgjorde ett hinder i vårdanderelationen och ledde till ett bristande förtroende för dessa sjuksköterskor. Enligt kompetensbeskrivningen ska anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor skapa vårdandere-lation till patienterna, visa respekt samt generera trygghet och förtroende (Riksförening för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Vidare säger Patientsäkerhetslagen (SFS 2020:1052) att även psykiskt lidande är att anse som en vårdskada. Det är viktigt att poängtera att resultatet avspeglar patienternas tolkade erfarenheter och att det inte med säkerhet går att säga om patienterna blivit respektlöst bemötta av anestesi- och intensivvårdssjuksköterskorna. Den tidigare forskningen visar dock att anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor ignorerade patienter med delirium på grund av tidsbrist och okunskap. Dessa hade även en inställning att patienter med delirium inte var lika sjuka då deras tillstånd inte var somatiskt (Hudek, 2009; Zamoscik m.fl., 2017). Resultatet visade dock även att det fanns anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor som såg patienterna, förmedlade trygghet och lugn, var stöttande och närvarande. Detta erfor patienterna som tröstande och helande. Omvårdnad i form av samtal och bekräftelse ledde till att patienterna blev hjälpta i sitt deliriumtillstånd och erfor god vårdandere-lation. Patienterna önskade bli informerade om delirium innan operation eller vistelse på IVA och kände en besvikelse när de inte fått denna information. Med utgångspunkt i vad resultatet visar angående detta kan en

otillräcklighet infinna sig när det gäller uppmaningar ur Kompetensbeskrivning för anestesi- respektive intensivvårdssjuksköterskor gällande informationsgivning (Riksförening för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) ska patienten involveras i behandling och undersökning, vilket författarna till detta examensarbete anser kan vara svårt när patienterna inte är medvetna om att de lider av delirium. Resultatet visade att patienterna mådde bättre och blev mer avslappnade av att tala med anestesi- och intensivvårdssjuksköterskorna och Eriksson (1994) menar att det är sjuksköterskors ansvar att tala med patienterna om deras lidande. Resultatet visade att patienter som erhöll kunskap om delirium inte led i lika hög grad som patienter utan denna kunskap. Resultatet visade även att det var viktigt för patienterna att ha anhöriga närvarande då dessa skapade en känsla av trygghet och tidvis kunde bryta igenom deliriumtillståndet. Tidigare forskning visar att anhöriga som har kunskap om delirium bättre kan hantera situationen och vara bidragande i omvårdanden (Bull m.fl., 2011). Det framkom dock även i resultatet att anhöriga kunde bemöta sina närstående respektlöst genom att skratta åt dem eller förminska deras upplevelser av delirium. Tidigare forskning visar att anhöriga kunde erfara situationer där den närstående hade delirium som ansträngande då denne blev som en främling för dem (Day & Higgins, 2015; Martins m.fl., 2018; Stenwall m.fl., 2008). Författarna till detta examensarbete anser att det är viktigt att anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor bidrar till att anhöriga kan inkluderas i omvårdanden och informeras om vad delirium innebär och hur patienternas lidande kan lindras.

Enligt resultatet erfor patienterna ofta en känsla av skam och skuld i samband med delirium och att de var en belastning för anestesi- och intensivvårdssjuksköterskorna. Eriksson (1994) belyser att det är en allvarlig konsekvens när sjuksköterskor orsakar en känsla av skam hos patienter då detta leder till ett onödigt vårdlidande. Det mest förekommande var dock att patienterna kände skam och skuld orsakat av det egna beteendet gentemot anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor. Utöver skam och skuld förekom även känslor som rädsla, utsatthet, frustration, förvirring, ångest och depression i samband med delirium. Vid situationer där patienterna uppvisar symtom i form av ångest och depression kan det vara svårt för anestesi- och intensivvårdssjuksköterskorna att veta huruvida patienterna lider av delirium, depression eller båda tillstånden kombinerat (American Psychiatric Association, 2013; Ungarian m.fl., 2019; Stubberud, 2013). Patienterna kunde även lång tid efter utskrivning drabbas av exempelvis plötslig och oförklarlig panik eller lida av känslor som rädsla och ångest. Detta kunde även påverka arbetsförmågan då det kunde ta månader för dem att återgå till arbete.

De behagliga erfarenheterna förekom främst i samband med alternativ verklighet där patienterna såg fina färger och mönster samt kunde delta i bilspel. Dock var även här de obehagliga erfarenheterna övervägande och orsakade ett lidande hos patienterna. Tidigare forskning visar att det är viktigt att sjuksköterskorna är lyhörda när patienterna börjar antyda att de ser saker och då tidigt börjar arbeta preventivt för att minska risken att deliriumtillståndet eskalerar (Karabulut & Aktas, 2016; Layne m.fl., 2015; Trogrlić m.fl., 2015; Wand m.fl., 2014). Detta preventiva arbete är inget som framkommit i resultatet. Ingen av patienterna har erfart att anestesi- eller intensivvårdssjuksköterskorna uppmärksammat tillståndet och påbörjat ett preventivt arbete. De har vid dessa tillfällen inte heller fått någon information om att det är delirium de kan ha drabbats av. Istället fick patienterna på egen hand

skapa strategier och söka efter ledtrådar för att försöka förstå vad de erfor. Förståelse och bekräftelse var något patienterna istället sökte hos dem som intervjuade i respektive studie och på så sätt acceptera att de inte varit galna. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) har sjuksköterskor en avgörande roll i att främja hälsa, förbygga smärta och behandla sjukdom.

Resultatet visade att endast 15% av patienterna som drabbades av delirium kunde återgå till arbete efter 6–12 månader samt att 60% av patienterna erfor att de var i stort behov av professionellt samtalsstöd efter utskrivning. Resultatet tydliggjorde att det även föreligger en risk för att patienter som drabbats av delirium drabbas av postpsykotiskt PTSD till följd av att de inte har erhållit någon hjälp med att hantera eller bearbeta erfarenheter av delirium. Detta är något som även framkommer i tidigare forskning (Meilak m.fl., 2019). Författarna till detta examensarbete funderar kring hur detta kan ses ur ett samhällsperspektiv när människor inte kan återgå till sina arbeten och därmed kan landa i en ekonomisk utsatthet samt kräver ytterligare eftervård i form av exempelvis samtalsterapi. Tidigare forskning visar att delirium i USA kostar samhället 38–152 miljarder dollar per år på grund förlängd vårdtid (Baker m.fl., 2015). USA har en större population och därmed högre siffror än Sverige men författarna vill med detta ändå försöka belysa att negligering av delirium inte enbart utgör ett lidande för patienterna utan även en ökad kostnad för samhället. Författarna funderar även kring hur delirium påverkar samhället då en förlängd vårdtid innebär en upptagen vårdplats som eventuellt hade kunnat disponeras av en annan patient. Vid överbeläggning riskerar patienter att bli avvisade till hemmet eller skickade till närliggande sjukhus. Gällande den förlängda vårdtiden går det i resultatet att utläsa att även patienterna erfarit att de varit resurskrävande på grund av deliriumtillståndet.

7.2. Metoddiskussion

Den metod som använts till detta examensarbete är litteraturöversikt enligt Friberg (2017). Då examensarbetets syfte var att undersöka patienters erfarenheter av att drabbas av delirium i samband med anestesi- och intensivvård var en kvalitativ ansats mest tillämplig. Målet med denna metod har varit att skapa en överblick samt beskrivande sammanställning av valt ämnesområde. En litteraturöversikt har likheter med metoder som litteraturstudie enligt Forsberg och Wengström samt resumé enligt Kirkevold (Friberg, 2017). En resumé är en sammanfattning av aktuell forskning men överlämnar åt läsaren att analysera och utvärdera, vilket kan vara svårt då det endast finns en sammanfattning att utgå ifrån. Denna metod upplevdes därmed inte vara relevant för examensarbetets syfte. En litteraturstudie är snarlik litteraturöversikten då de båda innehåller kvantitativa, kvalitativa och mixade studier samt undersöker skillnader i analyserade studier (Axelsson, 2012). Fribergs litteraturöversikt valdes då författarna till detta examensarbete var bekanta med Fribergs metod samt då denna även jämförde de likheter analyserade studier presenterade. Detta för att få med alla aspekter och därmed kunna svara an på examensarbetets syfte. Med den snedfördelning som uppkom mellan kvantitativa och kvalitativa studier (17 kvalitativa och två kvantitativa) hade Evans (2002) litteraturstudie varit en alternativ metod. Författarna till detta examensarbete bedömde dock att de sex mixade studierna kompenserade för denna snedfördelning samt att de kvantitativa studierna tydliggör omfattningen av patienter som drabbas av delirium. Det är

av vikt att få en uppskattning av hur omfattande tillståndet är för att få en förståelse för hur mycket resurser denna patientkategori kan vara i behov av. Därmed beslutades Fribergs (2017) litteraturöversikt vara fortsatt relevant. Studier med kvalitativ ansats studerar en liten grupp individers ståndpunkter och fördjupar sig i dessa. Studier med kvantitativ ansats studerar större grupper och drar därmed generella slutsatser (Eliasson, 2013). För att använda sig av empiriskt stöd hade en intervjustudie varit relevant. På grund av rådande pandemi och tidsram uteslöts den metoden. Den kritik som riktats mot Fribergs tillvägagångssätt är att tillgången till forskningen inom området är begränsad (Friberg, 2017). I detta examensarbete visade detta sig under datainsamlingen. Av den anledningen har därför sex studier äldre än tio år inkluderats, varav den äldsta är från 2004. De var av hög kvalitet och svarade mot examensarbetets syfte. Alternativet till dessa äldre studier var studier av låg kvalitet eller studier som inte svarade an på syftet, till exempel baserats på allmänsjuksköterskors erfarenheter.

För att god vetenskaplig kvalitet ska ernås i arbeten med kvalitativ ansats bör trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet eftersträvas (Mårtensson & Fridlund, 2017). För att säkerställa en god kvalitet har kriterierna följdriktigt varit vägledande skrivförloppet. Med trovärdighet menas att den resultatet är sannolik samt att det är befogat (Mårtensson & Fridlund, 2017). För att uppnå trovärdighet har författarna till detta examensarbete utnyttjat peer debriefing, det vill säga diskuterat tolkning av data med handledare, opponenter samt kollega som inte är sjuksköterska. Diskussionen har skett under hela analys- och resultatprocessen i syfte att få kritisk återkoppling för att undvika tolkning och missuppfattning av data. Både handledare och kollega har även säkerställt att kategorier och underkategorier ter sig rimliga och trovärdiga under arbetes gång. Vidare har författarna till detta examensarbete skrivit hela arbetet tillsammans för att säkerställa samstämmighet i datainsamling och dataanalys, undvika missförstånd samt vara lika förtrogna med arbetet. Initialt lästes dock samtliga studier individuellt innan de diskuterades. På så sätt kunde eventuella subjektiva uppfattningar prövas och en objektiv analys göras. Examenarbetets resultat har även diskuterats med handledare på verksamhetsförlagd utbildning för att jämföra detta med verkligheten samt höra de kliniskt arbetande anesthesi- och intensivvårds-sjuksköterskornas syn på patienternas erfarenheter kopplat till examensarbetets resultat. Pålitlighet innebär att arbetet inte är speglat av författarnas egna erfarenheter och förförståelse gällande datainsamling och dataanalys (Mårtensson & Fridlund, 2017). Författarna till detta examensarbete hade inte någon större erfarenhet av delirium sedan tidigare, vilket borde bidra till att innehållet och analysen i detta examensarbete inte färgades av förförståelse. Augustinsson (2012) tydliggör dock att alla människor har någon form av förförståelse i form av antaganden och antydningar som bör bearbetas innan dataanalysen påbörjas. Syftet med att synliggöra förförståelsen för sig själv är att höja kvaliteten samt pålitligheten under analys och formulering av data. För att stärka pålitligheten i detta examensarbete har författarna varit medvetna om eventuell förförståelse och vid osäkerhet diskuterat skilda synvinklar med varandra samt, vid behov, en tredje oberoende part. För att säkerställa att minimalt antal studier förbisågs gjordes sökningar på två stora databaserna och med flertalet sökord. Sökningarna upprepades med någon månads mellanrum i syfte att inte förbise eventuellt nyligen publicerad studie. Varje gång något inkluderades eller exkluderades gällande resultatet ställdes frågan om detta är något som svarar an på syftet för detta examensarbete. Detta för att

inte avvika från syftet, inkludera något irrelevant eller exkludera något av relevans för examensarbetet. Den noggrannhet som vidtagits under datainsamling och dataanalys medför att likvärdigt resultat kan uppnås av annan forskare, vilket Polit och Beck (2016) belyser som grundläggande för pålitligheten. Vidare går det resultat som framkommit i detta examensarbete att jämföra med resultat i tidigare forskning ur anesthesi- och intensivvårds-sjuksköterskor samt anhörigas perspektiv.

Bekräftelsebarhet innebär att författarna ska vara objektiva och sanningsenliga i framställan av resultatet (Polit & Beck, 2012). Vidare skriver Mårtensson och Fridlund (2017) att en tydligt beskriven analysprocess stärker bekräftelsebarheten. Det är också av nytta att utomstående personer granskar textens olika kapitel för att bevara neutralitet. Som tidigare nämnts har utomstående personer i form av handledare, opponentpar samt kollega som inte är sjuksköterska läst examensarbetets olika kapitel upprepade gånger. Dessa personer har anmärkt på eventuella otydligheter och därigenom stärkt bekräftelsebarheten. Dataanalysen gjordes enligt Fribergs (2017) analyssteg för att tydliggöra likheter och skillnader och därmed skapa gynnsammare förutsättningar för bildningen av huvudkategorier och underkategorier. Samtliga studier lästes flertalet gånger, både individuellt och tillsammans för att säkerställa att dessa uppfattats likvärdigt och att ingen subjektiv tolkning gjorts. Med överförbarhet menas att resultatet kan överföras på andra populationer, situationer eller sammanhang (Mårtensson & Fridlund, 2017). Överförbarheten kan styrkas genom tydlig redogörelse för urval och datainsamling av studier samt dataanalys och redovisning av resultatet (Lundman & Graneheim, 2012). Författarna till detta examensarbete har strävat efter tydlighet gällande urval, datainsamling, analysprocess och resultat. Frånsett detta är det dock läsarna som bedömer om detta har åstadkommit. Detta examensarbete inkluderar samtliga åldrar över 18 år, både män och kvinnor samt studier från flera länder och världsdelar (16 från Europa, fem från Oceanien, en från Sydamerika, två från Nordamerika och en från Asien). Denna fördelning kan utmynna i att resultatet går att överföra på olika populationer på samtliga vårdavdelningar, runt om i världen, hos äldre och yngre samt hos båda könen. Det finns dock en risk att överförbarheten påverkas negativt på grund av inkludering av flertalet länder då sjukvårdens utformning skiljer sig mellan de olika länderna (Polit & Beck, 2012). I detta examensarbete visar dock resultatet att patienternas erfarenheter av drabbas av delirium i samband med anesthesi- och intensivvård är tämligen lika. Det finns även en möjlighet att resultatet kan överföras på patienter med tillstånd som till exempel ångestproblematik, depression eller rädsla inför operation eller vård på IVA. Författarna till detta examensarbete har under processens gång ansträngt sig för att upprätthålla trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet samt överförbarhet i syfte att skapa ett arbete med god vetenskaplig kvalitet. Trots den vikt som lagts åt detta går det inte att säkerställa att detta uppnåtts då misstag kan begås på grund av den mänskliga faktorn.

Författarna till detta examensarbete har konstruerat hela detta arbete tillsammans. Trots pandemin har författarna haft möjlighet att träffas för att gemensamt skriva detta examensarbete. Författarna har varit likvärdigt delaktiga i processen av detta examensarbete och ett gott samarbete med respekt för varandra har förelegat under hela arbetets gång. Ambitionsnivån har varit hög hos båda författarna och ett avslappnat förhållningssätt har resulterat i att examensarbetet varit en positiv och glädjefylld erfarenhet.

7.3. Etikdiskussion

Författarna till detta examensarbete har nyttjat redan befintliga vetenskapliga studier, vilket inneburit att inget etiskt samtycke eller tillstånd krävts för att använda dessa i examensarbetet. Codex (2020) belyser vikten av att författarna tillämpar korrekt referenshantering, inte plagierar eller förvränger det material som används. Författarna till detta examensarbete har varit noggranna med att tillämpa korrekt referenshantering enligt American Psychological Association (2020) för att tydliggöra att inget plagiat skett samt värna om god forskningsetik. För att motverka tolkning och förförståelse har en öppen och objektiv diskussion förts mellan författarna, vilket Friberg (2017) betonar är viktigt för att få med alla aspekter ur studierna. Författarna till detta examensarbete kan dock inte säkerställa att tolkningar inte skett i den ursprungliga studien, till exempel mellan intervjuare och patienter. Författarna till de kvalitativa studierna som använts kan även ha förförståelse som påverkat studiernas resultat. Då det inte funnits något transkriberat material från intervjuerna att granska, går inte ursprungsförfattarnas tolkning och förförståelse att kontrollera. Författarna till detta examensarbete har eftersträvat moralisk riktighet samt god kvalitet enligt Codex (2020). Samtliga studier har översatts från engelska till svenska, vilket kan utgöra en risk då detta inte är någon av författarnas modersmål. För att undvika feltolkningar har lexikon använts vid osäkerhet kring betydelsen av ord och begrepp. Även Nationalencyklopedin har nyttjats för att söka betydelser av svenska ord som översatts från engelska för att försäkra att orden använts i korrekt sammanhang. Enligt Friberg (2017) är det viktigt att inkludera samtliga studier som svarar an på syftet, oavsett vad studiernas resultat visar. I detta examensarbete har ingen studie exkluderats på grund av bekvämlighet eller för att styra resultatet i någon riktning. Studier har enbart exkluderats om de ej uppfyllt kvalitetsgranskningen enligt Friberg (2017) eller ej svarade an på examensarbetets syfte.

8. SLUTSATS

Syftet med examensarbetet var att undersöka patienters erfarenheter av att drabbas av delirium i samband med anesthesi- och intensivvård. Patienters erfarenheter av delirium i samband med anesthesi- och intensivvård var både behagliga och obehagliga, dock var de obehagliga erfarenheterna dominerande. Delirium medförde ett stort lidande för patienterna som kunde fortgå en längre tid även efter utskrivning. Patienterna erfor en lindring i lidandet när anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor kommunicerade och lyssnade på dem. Detta examensarbete påvisar att god omvårdnad genom lyhörddhet, försäkran och samtal är av stor betydelse för patienternas hälsa och välmående i samband med delirium. Författarna till detta examensarbete har förhoppningar om att examensarbetet kan leda till en ökad förståelse för patienter som drabbats av delirium. Förståelse för detta tillstånd möjliggör en utveckling inom området där anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor även prioriterar patienternas emotionella lidande samt anpassar omvårdnaden och gör den mer personcentrerad. Ur ett större perspektiv kan detta examensarbete även skapa en förståelse på en organisatorisk nivå, vilket skulle kunna leda till att anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor får utbildning inom

området. Inom intensivvården skulle organisatorisk medvetenhet kunna leda till utökad bemanning för att erbjuda patienter som drabbats av delirium den tid och omvårdnad de behöver.

9. VIDARE FORSKNING

Det råder en viss brist på senare forskning gällande patienters erfarenheter av delirium i samband med anestesi- och intensivvård. De studier som ändå finns tyder på att det finns ett bristande engagemang hos anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor kring god omvårdnad av dessa patienter. Ett förslag på vidare forskning är om denna ouppmärksamhet kan vara kopplat till kunskapsbrist eller andra faktorer såsom tidsbrist, rädsla eller avtrubning. Vidare var det inte någon studie som behandlade hypoaktivt delirium. Författarna till detta examensarbete befarar att det råder ett stort mörkertal gällande hypoaktivt delirium och att dessa patienter lider i tystnad. Det skulle därför vara av intresse att forska vidare gällande detta för att identifiera hur vanligt det är, hur det kan uppmärksammas och vilken omvårdnad som kan vara till hjälp för dessa patienter.

REFERENSLISTA

Studier som är inkluderade i resultatdelen är markerade med *

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: Text Revision
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association*. American Psychological Association
- *Adamson, H., Murgo, M., Boyle M., Kerr, S., Crawford, M. & Elliott, D. (2004). Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. *Intensive Crit Care Nurs*,20(5), 257–63
- Augustinsson, S. (2012). Vetenskapsteori och vetenskapsfilosofi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.15–26). Studentlitteratur
- Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.203–220). Studentlitteratur
- Azoulay, E., Pochard, E., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., Annane, D., Bleichner, G., Bollaert, P., Darmon, M., Fassier, T., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Goulenok, C., Goldran-Toledano, D., Hayon, J., Jourdain, M., Kaidomar, M., Laplace, C. följt av Schlemmer, B. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine* 171(9), 987-994
- Baker, N. D., Taggart, H. M., Nievens, A. & Tillman, P. (2015). Delirium: Why are nurses so confused? *Medsurge Nursing* 24(1), 15–22
- Berggren, L. (2016). Analgesi och sedering. I A. Larsson & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård* (s.704–713). Stockholm: Liber
- Bull, M. J. (2001). Delirium in older adults attending adult day care and family caregiver distress. *International Journal of Older People Nursing* 6(2), 85-92
- *Berntzen, H., Bjørk, I. T. & Wøien, H. (2018). 'Pain relieved, but still struggling'-Critically ill patients experiences of pain and other discomforts during analgosedation. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2)
- Claesson Lingehall, H., Smulter, N., Engström, K. G., Gustafson, Y. & Olofsson, B. (2013). Validations of the Swedish version of the Nursing Delirium Screening Scale used in patients 70 years and older undergoing cardiac surgery. *Journal of Clinical Nursing* 22(19-20), 2858-2866
- *Claesson Lingehall, H., Smulter, N., Olofsson, B. & Lindahl, E. (2015) Experiences of undergoing cardiac surgery among older people diagnosed with postoperative delirium: one year follow-up. *BMC Nurs*. 14:17

- Codex (2020). *Oredlighet i forskning*. Hämtad 11 november, 2020, från <http://www.codex.vr.se/etik6.shtml>
- *Costa, J. B., Marcon, S. S., Macedo, C. R., Jorge, A. C. & Duarte, P. A. (2014). Sedation and memories of patients subjected to mechanical ventilation in an intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*, 26(2),122-9
- Christensen, M. (2009). Delirium in the intensive care unit: a review. *Nursing in Critical Care* 14(3), 145-154
- Day, J. & Higgins, I. (2015) Existential absence: The lived experience of family members during their older loved one´s delirium. *Qual Health Res.* 2015 Dec;25(12):1700-18
- Eberle, C. C., Santos, A., Macedo Junior, L. J. J. & Martins, J. B. (2019). Non-Pharmacological Management of Delirium From The Perspective of Nurses in an Adult Intensive Care Unit. *REV PESQUISACUIDADO FUNDAMENTAL*11(5), 1242–1249
- Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Studentlitteratur
- Ely, E. W., Siegel M. D. & Inouye, S. K. (2001). Delirium in the Intensive Care Unit: An Under-Recognized Syndrome of Organ Dysfunction. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine* 22(2), 115-125
- Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Sperhoff, T., Gordon, S. M., Harrell F. E., Inouye, S. K., Bernard, G. R. & Dittus, R. S. (2004). Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *JAMA* 291(14), 1753-1762
- *Engström, Å., Nyström, N., Sundelin, G. & Rattray, J. (2013). People´s experiences of being mechanically ventilated in av ICU: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(2), 88–95
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber Utbildning
- Flynn Makic, M. B. (2013). Preventing Delirium in Postoperative Patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 28(6), 404-408.
- *Flynn, K., Daiches, A., Malpus, Z., Yonan, N. & Sanchez, M. (2014). 'A post-transplant person': Narratives of heart or lung transplantation and intensive care unit delirium. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, 18(4), 352-368.
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur AB
- *Guttormson, J. L. (2014). "Releasing a lot of poisons from my mind": Patients' delusional memories of intensive care. *Heart & Lung*, 43(5), 427-479
- *Granberg-Axéll, A. (2020). Intensive Care Unit Delirium, Clinical Observations, and Patients' Statements: A Case Study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 39(4), 169-179

- Hartjes, T. M., Meece, L. & Horgas, A. L. (2016). Assessing and Managing Pain, Agitation and Delirium in Hospitalized Older Adults. *American Journal of Nursing* 116(10), 38-46
- Hovind, I. L. (2013). *Anestesiologisk omvårdnad*. Studentlitteratur
- Hudek, K. (2009). Emergence Delirium: A Nursing Perspective. *AORN Journal* 89(3), 509-520
- Igwe, E. O., Traynor, V., Rodgers, S., Waite, A., MacLulich, A. & Foo, I. (2019). Knowledge, opinions and clinical practice regarding postoperative delirium in older patients: A survey of nurses and anaesthetists. *Journal of Clinical Anesthesia* 57, 108-109
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J. & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383 North American Edition (9920), 911-922.
- *Instenes, I., Gjengedal, E., Eide, L. S. P., Kupier, K. K. J., Ranhoff, A. H. & Norekvål, T. M. (2018) "Eight Days of Nightmares..." - Octogenarian Patients' Experiences of Postoperative Delirium after Transcatheter or Surgical Aortic Valve Replacement. *Heart, Lung & Circulation*, 27(2), 260-266
- *Instenes, I., Fridlund, V., Amofah, H. A., Ranhoff, A. H., Eide, L. S. P. & Norekvål, T. M. (2019) "I hope you get normal again": an explorative study om how delirious octogenarian patients experience their interactions with healthcare professionals and relatives after aortic valve therapy. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(3), 224-233
- Karabulut, N. & Aktas, Y. Y. (2016). Nursing Management of Delirium in the Post anesthesia Care unit and Intensive Care Unit. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 31(5), 397-405
- Kjorven, M., Rush, K. & Hole, R. (2010). A discursive exploration of the practices that shape and discipline nurses' responses to postoperative delirium. *Nursing Inquiry* 18(4), 325-335
- Layne, T., Haas, S. A., Davidson, J. E. & Klopp, A. (2015). Postoperative delirium prevention in the Older Adult: An Evidence-Based Process Improvement Project. *Medsurg Nursing* 24(4), 256-263
- Leblanc, A., Bourbonnais, F., Harrison, D. & Tousignant, K. (2018). The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, (44), 92-98
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.187-202). Studentlitteratur
- Lundström, M., Edlund, A., Lundström, G. & Gustafson, G. (1999). Reorganization of Nursing and Medical Care to Reduce the Incidence of Postoperative Delirium and Improve Rehabilitation Outcome in Elderly Patients Treated of Femoral Neck Fractures. *Scandinavian Journal of Caring Science* 13, 193-200

- *Löf, L., Berggren, L. & Ahlström, G. (2008). ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: follow-ups after 3 and 12 months. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(2), 108–121.
- Mailhot, T., Cossette, S., Côté, J., Bourbonnais, A., Côté, M-C., Lamarche, Y. & Denault, A. (2017). A post cardiac surgery intervention to manage delirium involving families: a randomized pilot study. *British Association of Critical Care Nurses* 22(4), 221-228
- *Magarey, J. M. & McCutcheon, H. H. (2005). "Fishing with the dead" - recall of memories from the ICU. *Intensive & Critical Care Nursing*, 21(6)
- Martins, S., Pinho, E., Correia, R., Moreira, E., Lopes, L., Paiva, J. P., Azevedo, L. & Fernandes, L. (2018). What effect does delirium have on family and nurses of older adult patients? *Aging & Mental Health*
- McDaniel, M. & Brudner, C. (2012). Postoperative delirium: Etiology and management. *Current Opinion in Critical Care*, 18(4). 372-376
- Meilak, C., Biswell, E., Willis, R. & Partridge, J. (2019). A qualitative exploration of the views of patients and their relatives regarding interventions to minimize the distress related to postoperative delirium. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2020;35:230-249
- *Meriläinen, M., Kyngäs, H. & Ala-Kokko, T. (2013). Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(2), 78–87
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421–438). Studentlitteratur
- Oliveira, K. P., Picanco, C. M., Oliveira, A. R., Silva de Assis, Y. I., Fonseca de Souza, A. C. & Ribeiro A. G. (2020). Strategies used by nurses to minimize the occurrence of delirium in critically ill patients. *Rev. Enferm. UFSM* 2020;10:1-18
- Ouellette, R.G. & Ouellette, S. M. (2010). Understanding postoperative cognitive dysfunction and delirium. *OR Nurse* 4(4), 40-47
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- *Pollard, C., Fitzgerald, M. & Ford, K. (2015). Delirium: The lived experience of older people who are delirious post-orthopaedic surgery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 213–221
- Riksförening för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård*. Hämtad

från: <https://aniva.se/wp-content/uploads/2019/11/kompetensbeskrivning-anestesi-2019-slutlig.pdf>

Riksförening för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening.

(2019). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*. Hämtad

från: <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623215f/1584103314055/Kompetensbeskrivning%20sjuksköterskor%20inom%20intensivvård.pdf>

*Ringdal, M., Johansson, L., Lundberg, D. & Bergbom I. (2006). Delusional memories from the intensive care unit -- experienced by patients with physical trauma. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22(6), 346–354

*Roberts, B. L., Rickard, C. M., Rajbhandari, D. & Reynolds, P. (2006). Patients' dreams in ICU: recall at two years post discharge and comparison to delirium status during ICU admission: a multicentre cohort study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22(5), 264–273

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

Santos, C. (2018). Assessing and screening for Delirium: Information for Nurses. *Medisurg Nursing* 27(1), 123-124

Schofield, A., Tolson, D. A. & Fleming, V. (2012). How nurses understand and care for older people with delirium in the acute hospital: a Critical Discourse Analysis. *Nursing Inquiry*, 19(2), 165–176

SFS 2014:821 *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 13 oktober 2020, från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag* [HSL]. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 13 oktober, 2020 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SFS 2020:1052. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 13 oktober, 2020, från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Alexander, S. A. & Kane-Gill, S. L. (2017). Perceptions of families of intensive care unit patients regarding involvement in delirium-prevention activities: a qualitative study. *Critical care nurse*, 37(6), e1-e9

Stenwall, E., Sandberg, J., Eriksdotter Jönköping, M. & Fagerberg, I. (2008). Relatives' experiences of encountering the older person with acute confusional state: experiencing unfamiliarity in a familiar person. *International Journal of Older People Nursing* 3, 243–251

- Stubberud, D-G. (2013). Akut förvirringstillstånd/intensivvårdsdelirium. I Gulbrandsen, T. & Stubberud, D-G. (Red.), *Intensivvård, avancerad omvårdnad och behandling*. (s.149–158). Studentlitteratur
- *Svenningsen, H., Tønnesen, E. K., Videbech, P., Frydenberg, M., Christensen, D. & Egerod, I. (2014). Intensive care delirium - effect on memories and health-related quality of life - a follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5–6), 634–644
- *Svenningsen, H., Egerod, I. & Dreyer, I. (2016). Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory. *Journal of Clinical Nursing*. 2016 Oct;25(19-29)2807-15
- *Sörensen Duppils, G. & Wikblad, K. (2007). Patient's experiences of being delirious. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 810–818
- Troglič, Z., van der Jagt, M., Bakker, J., Balas, M., Wesley, E., van der Voort, P. & Ista, E. (2015). A systematic review of implementation strategies for assessment, prevention and management of ICU delirium and their effect on clinical outcomes. *Critical Care* 19:157
- *Trondstad, O., Dylan, F., Lye, I., Fraser, J., & Patterson, S. (2020). Doing time in an Australian ICU; the experience and environment from the perspective of patients and family members. *Australian critical care*.2020 Sep 14:S1036-7314(20)30252-6
- Ungarian, J., Rankin, J. A. & K. Then. (2019). Delirium in the Intensive Care Unit: Is Dexmedetomidine Effective? *Critical Care Nurse.*, 39(4), e8–e21.
- *Van Rompaey, B., Van Hoof, A., van Bogaert, P., Timmermans, O. & Dilles, T. (2016). The patient's perception of a delirium: A qualitative research in a Belgian intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 32, 66–74
- *Wade, D. M., Brewin, C. R., Howell, D. C. J., White, E., Mythen, M. G., & Weinman, J. A. (2015). Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: An interview study. *British Journal of Health Psychology*, 20(3), 613–631
- Wand, A. P. F., Thoo, W., Sciuriaga, H., Ting, V., Baker J. & Hunt, G. E. (2014). A multifaceted educational intervention to prevent delirium in older inpatients: A before and after study. *International journal of Nursing Studies*, 51(7), 974-82
- *Whitehorne, K., Gaudine, A. & Meadus, R. (2015). Lived Experience of the Intensive Care Unit for Patients Who Experienced Delirium. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 474–479
- Waterfield, K., Wiand, D., Dewhurst, F., Kiltie, R., Pickard, J., Karandikar, U., MacCormick, F., Vidrine, J., Rowley, G., Coulter, P., Lee, M. & Frew, K. (2018). A qualitative study of nursing staff experiences of delirium in the hospice setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 24(11), 524-534

Zamoscik, K., Godbold, R. & Freeman, P. (2017). Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive and Critical Care Nursing* (40), 94–100

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.59–82). Studentlitteratur

BILAGA A - SÖKMATRIS

Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal lästa sammanfattningar	Urval	Utvalda artiklar
CINAHL Plus Sökdatum 2020-10-24	Delirium, experience, patient, postoperative NOT prevention, military	Peer Review, engelska	51	16	3	Delirium: the lived experience of older people who are delirious post-orthopaedic surgery (14) Eight days of nightmares...”octogenarian patients’ experience of postoperative delirium after transcatheter of surgical aortic valve replacement. (9) Patients’ experience of being delirious (20)
CINAHL Plus Sökdatum 2020-11-02	Delirium, patient, pleasant	Peer Review, engelska, 2010–2020	3	3	1	Experience of undergoing cardiac surgery among older people diagnosed with postoperative delirium: one year follow-up. (3)
CINAHL Plus Sökdatum 2020-12-18	Intrusive memor*, hallucination*, intensive care	Peer Review engelska, 2010–2020.	1	1	1	Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: An interview study. (23)
PubMed Sökdatum 2020-11-02	Intensive care, patients, memories, mind	Peer Review, titel, engelska, 2010–2020	21	5	1	“Releasing a lot of poisons from my mind”: Patient’s delusional memories of intensive care. (8)

PubMed Sökdatum 2020-11-28	Patients', patients' experience, delirious OR delirium NOT military, army	Peer Review, Nursing journal. 2010– 2020. Engelska.	162	15	4	Lived Experience of the Intensive Care Unit for Patients Who Experienced Delirium. (25) Intensive care delirium – effect on memories and health-related quality of life – a follow-up study. (18) Patients' dreams in ICU: Recall at two years post discharge and comparison to delirium status during ICU admission. A multicenter cohort study. (16) Intensive care unit delirium, clinical observations and patients statements. (7)
PubMed Sökdatum 2020-11-25	Memories, ICU OR intensive care.	Peer Review, engelska. 2000– 2020, full text.	472	98	3	ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: follows-up after 3-12 month. (11) "Fishing with the dead" - recall of memories from icu. (12) Delusional memories from intensive care unit – experienced by patients with physical trauma. (15)
PubMed Sökdatum 2020-11-25	Delirium, intensive care unit, patients experience	Peer Review, full text, engelska, titel, abstrakt	222	10	1	A post-transplant person': Narratives of heart or lung transplantation and intensive care unit delirium. (6)
PubMed Sökdatum 2020-11-25	Postope- rative delirium,	Peer Review, 2000–	5	5	1	I hope you get normal again': An explorative study on how delirious

	nightmare, patients experience NOT veteran*, military.	2020, full text, engelska.				octogenarian patients experience their interactions with healthcare professionals and relatives after aortic valve therapy. (10)
PubMed Sökdatum 2020-12-20	Sedation AND memories, intensive care unit, icu, mechanical ventilation.	Peer Review, 2010–2020	17	9	1	Sedation and memories of patients subjected to mechanical ventilation in an intensive care unit. (4)
PubMed Sökdatum 2020-12-19	Experience *, people, ventilation, ICU OR intensive care unit	Peer Review, 2010–2020, nursing journal	84	15	1	People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative study. (5)
PubMed Sökdatum 2020-12-20	Memories, ventilation, intensive care, unpleasant	Peer Review, 2010–2020, nursing journals	3	3	1	Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients – Findings from 250 interviews. (17)
PubMed Sökdatum 2020-12-03	Experience, patient, environment, perspective, delirium, icu.	Peer Review, 2010–2020, nursing journal.	3	3	1	Doing time in an Australian ICU; the experience and environment from the perspective of patients and family members. (21)
PubMed Sökdatum 2020-12-16	Patient´s perception* AND delirium	Peer Review, nursing journal, 2010–2020.	32	10	1	The patient´s perception of a delirium: A qualitative research in a Belgian intensive care unit. (22)

PubMed Sökdatum 2020-12-03	Scary memor* AND Intensive care unit	Peer Review nursing Journal, full text, 2014- 2020	3	3	1	Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory. (19)
PubMed Sökdatum 2020-11-19	Pain* AND Patient* AND relieved	Peer Review nursing journal, full text, titel, 2010- 2020	228	20	1	"Pain relieved, but still struggling"—Critically ill patients experiences of pain and other discomforts during analgesation. (2)
PubMed 2020-11-19	Memor* AND intensive care unit AND experienc*	Peer Review engelska, full text, adult, nursing journal, 2000- 2020	47	11	1	Memories of intensive care and experience of survivors of a critical illness: an interview study. (1)
Manuell sökning					2	Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. (13) Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. (24)

BILAGA B – KVALITETSGRANSKNING

Frågor för kvalitetsgranskning av kvalitativa studier utifrån Friberg (2017).

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
3. Vad är syftet? Är syftet klart formulerat?
4. Hur är metoden beskriven?
5. Hur är undersökningspersonerna eller situationerna beskrivna?
6. Hur har data analyserats?
7. Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
8. Vad visar resultatet?
9. Hur har författarna tolkat studiens resultat?
10. Vilka argument förs fram?
11. Förs det några etiska resonemang?
12. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?

Frågor som uteslutits

*Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?

*Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, till exempel vårdvetenskapliga antaganden?

Frågor för kvalitetsgranskning av kvantitativa studier utifrån Friberg (2017).

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
3. Vad är syftet? Är det klart formulerat?
4. Hur är metoden beskriven?
5. Hur har urvalet gjorts? (till exempel antalet personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)
6. Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
7. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
8. Vad visar resultatet?
9. Vilka argument förs fram?
10. Förs det några etiska resonemang?
11. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, till exempel vad gäller generaliserbarhet?

Frågor som uteslutits

*Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?

* Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, till exempel omvårdvetenskapliga antaganden?

BILAGA C - ARTIKELMATRIS

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
<p>1) Författare: Adamson, H., Murgo, M., Boyle, M., Kerr, S., Crawford, M. & Elliott, D.</p> <p>Titel: Memories of intensive care and experience of survivors of a critical illness: an interview study.</p> <p>Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing</p> <p>Årtal: 2004</p>	<p>Syftet var att undersöka patienternas erfarenheter av tiden på IVA 6 månader efter att det drabbats av delirium.</p>	<p>Design: Kvalitativ metod.</p> <p>Urval: Engelsktalande, vårdats minst 48 h på IVA överlevt kritisksjukdom och att de bor på den geografiska platsen för sjukhuset.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. 6st deltagare</p> <p>Analysmetod: Oklart</p>	<p>Resultatet visade att patienterna erfor tre huvudteman: "minns", "reaktioner" samt "komfort/obehag" kopplat till vistelsen på IVA.</p>	<p>Medelhög 8/12</p>
<p>2) Författare: Berntzen, H., Bjørk, I. & Wøien, H.</p> <p>Titel: "Pain relieved, but still struggling"—Critically ill patients experiences of pain and other discomforts during analgosedation</p> <p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årtal: 2017</p>	<p>Syftet var att utforska hur kritiskt sjuka patienter behandlas när de upplevde smärta och obehag.</p>	<p>Design: Kvalitativ metod</p> <p>Urval: 18 vuxna patienter som behandlats på IVA mer än 24h och fick mekanisk ventilation intervjuades.</p> <p>Datainsamling: Intervjuerna hölls 1–9 dagar efter att det lämnat IVA samt 3 månader efter.</p> <p>Analys: Systematisk textkondensering</p>	<p>Resultatet visade fyra huvudkategorier: "I obehag, men sällan i smärta", "Kämpar för att få grepp om verkligheten", "Håller fast" och "Hanterar känslomässiga upplevelser." "Smärtlindrad men fortfarande kämpar" var det övergripande temat. Analgetika gav god smärtlindring, men patienterna beskrev trots att de var smärtfria hade besvär både fysiskt och psykiskt.</p>	<p>Hög 10/12</p>

<p>3) Författare: Claesson Lingehall, H., Smulter, N., Olofsson, B., & Lindahl, E.</p> <p>Titel: Experiences of undergoing cardiac surgery among older people diagnosed with postoperative delirium: one year follow-up</p> <p>Tidskrift: BMC Nursing.</p> <p>Årtal: 2015</p>	<p>Syftet var att tydliggöra erfarenheter av hjärtkirurgi för patienter som diagnostiserats med postoperativt delirium.</p>	<p>Design: Kvalitativ intervjustudie med inspiration från Granheim och Lundman.</p> <p>Urval: 49 deltagare som alla var över 70 år. 17 stycken kvinnor och 32 män.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Analysmetod: Kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Resultatet visade att patienterna kände sig maktlösa och beskrev ett starkt beroende till vårdpersonal.</p>	<p>Hög 11/12</p>
<p>4) Författare: Costa, J., Maceo, C., Jorge, C. & Duarte, P.</p> <p>Titel: Sedation and memories of patients subjected to mechanical ventilation in an intensive care unit.</p> <p>Tidskrift: Revista Brasileira de terapia intensiva.</p> <p>Årtal: 2014</p>	<p>Syftet var att undersöka sambandet mellan sederings och minnen hos patienter som vårdats på IVA.</p>	<p>Design: Kvantitativ (Prospektiv observationskohort studie).</p> <p>Urval: Patienterna skulle vara över 18 år, vårdats med mekanisk ventilator, vårdats på IVA mer än 24h samt gett sig samtycke till att delta i studien.</p> <p>Datainsamling: Kalkylblad samt enkäten Intensive Care Unit Memory (ICUM).</p> <p>Analys: Statistiskt analys program, SAS-9.1</p>	<p>Resultatet visade att majoriteten av patienterna som vårdats på IVA hade erfarenheter av verkliga och överkliga upplevelser.</p>	<p>Hög 9/11</p>

<p>5) Författare: Engström, Å., Nyström, N., Sundelin, G. & Rattaray, J.</p> <p>Titel: Peoples experience of being mechanically ventilated in an ICU. A qualitative study.</p> <p>Tidskrift: Critical Care Nursing</p> <p>Årtal: 2012</p>	<p>Syftet var att beskriva patienter som vårdats i respirators erfarenheter från IVA.</p>	<p>Design: Kvalitativ beskrivande metod.</p> <p>Urval: Vårdats i respirator på IVA samt mindes något från tiden på IVA</p> <p>Datinsamling: Intervjuer med intervjumall till hjälp.</p> <p>Analys: Kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Resultatet visade att patienterna erfor sårbarhet på IVA, att det var beroende av hjälp både av fysisk personal men också av utrustning. De beskrev intensivvårdsminnen som obehagliga och vissa ville inte alls minnas tiden.</p>	<p>Hög 9/12</p>
<p>6) Författare: Flynn, K., Daiches, A., Malpus, Z., Yonan, N. & Sanchez, M</p> <p>Titel: A post-transplant person': Narratives of heart or lung transplantation and intensive care unit delirium.</p> <p>Tidsskrift: Health</p> <p>Årtal: 2014</p>	<p>Syftet var att beskriva patienters erfarenheter av delirium efter att genomgått hjärt- eller lungtransplantation.</p>	<p>Design: Kvalitativ metod, berättande metodologi.</p> <p>Urval: 11 patienter deltog i studien, där kravet var att de skulle opererats och inom 1 vecka upplevt delirium.</p> <p>Datinsamling: Intervjuer</p> <p>Analysmetod: Narrativ analys</p>	<p>Resultatet visade att alla patienterna i studien erfor någon form av hallucination eller vanföreställning. Fem patienter trodde att sjukvårdspersonalen skulle döda dem.</p>	<p>Hög 10/12</p>
<p>7) Författare: Granberg-Axell, A. & Bergbom, I.</p> <p>Titel: Intensive care unit delirium, clinical observations and patients statements.</p> <p>Tidskrift: Dimensions of Critical Care Nursing</p>	<p>Syftet var att undersöka om det fanns likheter mellan tidigare forskning och patienters erfarenheter av delirium på IVA.</p>	<p>Design: Deskriptiv, kvalitativ multipel fallbaserad design.</p> <p>Urval: Mekaniskt ventilerade patienter som vårdats på IVA i minst 36h. Över 18 år.</p> <p>Datinsamling: intervjuer vid 2</p>	<p>Resultatet visade att likheter fanns avseende tidigare forskning och patienters berättelser angående delirium. Patienterna erfor i stor omfattning lidande. Särskilt stort var lidandet när patienterna inte visste vad som var verklighet eller inte.</p>	<p>Hög 11/12</p>

<p>Årtal: 2020</p>		<p>olika tillfällen. Första 6–12 dagar efter att patienten inte längre visade deliriumsymtom, Andra 4-8 veckor efter sista symtom. Information från journal och observationer</p> <p>Analysmetod: Benner's 31 tolkningsmetod.</p>		
<p>8) Författare: Guttormson, J. L.</p> <p>Titel: "Releasing a lot of poisons from my mind": Patients' delusional memories of intensive care</p> <p>Tidsskrift: Heart and Lung</p> <p>Årtal: 2014</p>	<p>Syftet var att beskriva intensivvårdspatienternas minnen och illusioner av delirium.</p>	<p>Design: Mixad metod</p> <p>Urval: 18 år eller äldre, vårdas i mekanisk ventilator mer än 24h, ingen sjukdom som påverkade patienten mentalt innan</p> <p>Datainsamling: Enkät som följdes upp av intervju</p> <p>Analysmetod: Kvantitativ data med SPSS och kvalitativa datagenom kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Resultatet visade att patienterna erfor vanföreställningar och trodde de var tillfångatagna när de vårdades på IVA. Patienterna hade svårt att skilja på om det var verklighet eller inte. Erfarenheterna var skrämmande för patienterna.</p>	<p>Medelhög 8/12</p>
<p>9) Författare: Instenes, I., Gjengedal, E., Eide, L., Kuiper, K., Ranhoff, A. & Norekvål, T.</p> <p>Titel: Eight days of nightmares..."octoge</p>	<p>Syftet med studien är att undersöka patienter äldre än 80 års erfarenheter av delirium efter att det genomgått</p>	<p>Design: Kvalitativ metod.</p> <p>Urval: Patienterna skulle behärska och tala det norska språket. Genomgått</p>	<p>Resultatet visade att patienterna hade starka minnen och känslor kvar av vårdtiden, trots att det hade gått 12 månader sedan</p>	<p>Hög 11/12</p>

<p>narian patients' experience of post-operative delirium after transcatheter of surgical aortic valve replacement</p> <p>Tidskrift: Heart, Lung and Circulation</p> <p>Årtal: 2018</p>	<p>hjärt- och kärlkirurgi.</p>	<p>hjärtoperation och upplevt delirium till följd.</p> <p>Datainsamling: 10 patienter intervjuades</p> <p>Analysmetod: Fenomenologisk metod.</p>	<p>patienterna drabbats av delirium.</p>	
<p>10) Författare: Instenes, I., Fridlund, B., Amofah, H.A., Ranhoff, A. H., Eide, L. S. & Norekvål, T. M.</p> <p>Titel: I hope you get normal again': An explorative study on how delirious octogenarian patients experience their interactions with healthcare professionals and relatives after aortic valve therapy</p> <p>Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing</p> <p>Årtal: 2018</p>	<p>Syftet var att beskriva hur äldre patienter mellan 80–90 år erfor interaktionen med vårdpersonal och anhöriga efter att drabbats av delirium efter en hjärtkirurgi.</p>	<p>Design: Explorativ design, kvalitativ innehållsanalys.</p> <p>Urval: Över 80 år, kunde tala norska, fick inte ha demenssjukdom, samt har minst ett minne av delirium.</p> <p>Datainsamling: Intervjuer. 10 deltagare.</p> <p>Analysmetod: Kvalitativ innehållsanalys, Induktiv metod.</p>	<p>Resultatet visade att patienter kände och erfor känslomässig stress. Två teman lyftes "Hälso- och sjukvårdspersonal" samt "Anhörigas svar gjorde betydande inverkan under deliriumtillståndet". Patienterna som drabbades av delirium belyste även vikten av att få tillräckligt med stöd under perioden av delirium.</p>	<p>Hög 9/12</p>
<p>11) Författare: Löf, L., Berggren, L. & Ahlström, G.</p> <p>Titel: ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge:</p>	<p>Syftet var att beskriva intensivvårdspatienters minnen och känslomässiga reaktioner efter att varit kritiskt sjuka.</p>	<p>Design: Kvalitativ metod. Induktivforskningsstrategi.</p> <p>Urval: Mekaniskt ventilerade patienter, över 18</p>	<p>Resultatet visade att ny kunskap hade framkommit som inte tidigare funnits, bland annat hur patienten minns sin tid och hur den påverkat dem.</p>	<p>Hög 10/12</p>

follows-up after 3-12 month. Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing Årtal: 2007		år, vårdats mer än 3 dygn. Datainsamling: Intervjuer. Analysmetod: manifest och latent innehållsanalys.		
12) Författare: Magarey, J.M. & McCutcheon, H-H. Titel: "Fishing with the dead" - recall of memories from icu. Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing Årtal: 2005	Syftet var att beskriva patienternas minne av att drabbats av drömmar, mardrömmar och förvirring under vårdtiden på IVA.	Design: Mixad metod Urval: 116 enkäter skickades ut till patienter som vårdats på intensivens. Av dessa plockades 50 st ut som hade upplevt någon form av dröm eller förvirring. Datainsamling: Enkät följt av 50 personer intervjuades Analysmetod: Den kvalitativa datan analyserades via SPSS och den kvalitativa datan analyserades genom tematisk analys av Morse och Field.	Resultatet visade att patienter erfor vanföreställningar, obehagliga drömmar och förvirring. De var svårt för patienterna att skilja på vad som var verklighet och inte.	Hög 10/12
13) Författare: Meriläinen, M., Kyngäs, H. & Ala-Kokko, T. Titel: Patients' interactions in an intensive care unit and their memories	Syftet var att beskriva patientens minne avseende interaktionen mellan patienterna och IVA-miljön.	Design: Mixad metod Urval: 18-65 år, varit mekaniskt ventilerade, vårdats minst 2 dygn på IVA Var	Resultatet visade att patienternas minnen av IVA kunde delades in i två teman "Interna och externa minnen". I de interna minnena beskrevs symtomen inte som delirium utan	Hög 11/12

<p>of intensive care: A mixed method study</p> <p>Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing</p> <p>Årtal: 2013</p>		<p>friska innan de vårdades.</p> <p>Datainsamling: Spelades först in på DVD, sedan intervjuades de 3 mån samt 6 mån efter att de kommit ur sitt delirium.</p> <p>Analysmetod: Kvantitativ och kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>som hemska minnen, mardrömmar, överkliga upplevelser. Många var rädda.</p>	
<p>14) Författare: Pollard, C., Fitzgerald, M. & Ford, K.</p> <p>Titel: Delirium: the lived experience of older people who are delirious post-orthopaedic surgery</p> <p>Tidskrift: International Journal of Mental Health Nursing</p> <p>Årtal: 2015</p>	<p>Syftet var att tydliggöra erfarenheter av delirium.</p>	<p>Design: Kvalitativ beskrivande metod.</p> <p>Urval: 11 deltagare. Varit inlagda på ortopedisk avdelning efter operation. De fick inte ha pågå-ende delirium, demenssjukdom eller psykiatriska diagnoser.</p> <p>Datainsamling: Djupgående intervjuer</p> <p>Analysmetod: Grounded theory.</p>	<p>Resultatet visade att många patienter som deltog i studien upplevde känslor av ångest, skam och skuld relaterat till postoperativt delirium.</p>	<p>Hög 9/12</p>
<p>15) Författare: Ringdal, M., Johansson, L., Lundberg, D. & Bergbom, I.</p> <p>Titel: Delusional memories from intensive care unit –</p>	<p>Syftet var att beskriva traumapatienters minnen av tiden på IVA samt tydliggöra vilka faktorer som kan</p>	<p>Design: Kvantitativ metod med en explorativ multicenterstudied esign.</p> <p>Urval: Patienterna var över 18 år och</p>	<p>Resultatet visade att patienterna i stor omfattning hade minnen av rädsla, märkliga minnen, förvirring och smärta. Betydande faktorer som</p>	<p>Medelhög 8/11</p>

<p>experienced by patients with physical trauma.</p> <p>Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing</p> <p>Årtal: 2006</p>	<p>påverka minnen och problem.</p>	<p>vårdades på IVA på grund av trauma.</p> <p>Datainsamling: Enkäter</p> <p>Analysmetod: Statistisk analysmetod.</p>	<p>spelade in var ålder, sjukdom, läkemedel.</p>	
<p>16) Författare: Roberts, B., Rickard, C., Rajbhandari, D. & Reynolds, P.</p> <p>Titel: Patients' dreams in ICU: Recall at two years post discharge and comparison to delirium status during ICU admission. A multicenter cohort study.</p> <p>Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing</p> <p>Årtal: 2006</p>	<p>Syftet var att observera beteenden och patienternas minnen under tiden de vårdades på IVA.</p>	<p>Design: Mixad metod. Prospektiv kohortstudie.</p> <p>Urval: Vårdats på IVA mer än 36h men ej mer än 96h. Inte drabbats av skada på hjärnan eller diagnostiserad med demenssjukdom.</p> <p>Datainsamling: 40 av 103 valde att ingå. Datan samlades in genom intervjuer som varade i ca 30 min-</p> <p>Analysmetod: Kvalitativ datan analyserades med Colaizzi's metod.</p> <p>Kvantitativ data via SPSS och jämfördes med en referensgrupp. Kategorisk data jämfördes med Pearsons' Chi-square och kontinuerlig data jämfördes med Man-Whitney eller <i>t</i>-test.</p>	<p>Resultatet visade att 44% av deltagarna erfarit drömmar under deras tid på IVA.</p>	<p>Hög 11/12</p>

<p>17) Författare: Samuelson, K.</p> <p>Titel: Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients – Findings from 250 interviews</p> <p>Tidskrift: Intensive and critical care nursing</p> <p>Årtal: 2011</p>	<p>Syftet var att beskriva obehagliga och behagliga minnen från IVA när patienterna vårdats i respirator.</p>	<p>Design: Kvalitativ</p> <p>Urval: 18 år eller äldre, hade intuberats, mekaniskt ventilerats och stannade i en av de två ICU-enheterna i mer än 24 timmar.</p> <p>Datainsamling: Intervjuer som pågick under 5 dagar.</p> <p>Analys: Kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Resultatet visade att av 250 patienter som deltog hade 71% erfarenheter av otrevliga minnen och 51% mindes trevliga minnen.</p>	<p>Hög 12/12</p>
<p>18) Författare: Svenningsen, H., Tonnesen, E., Videbech, P., Frydenberg, M., Christensen, D. & Egerod, I</p> <p>Titel: Intensive care delirium – effect on memories and health-related quality of life – a follow-up study</p> <p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årtal: 2012</p>	<p>Syftet var att 1) Undersöka effekterna av delirium på livskvalitet inom intensivvård. 2) Vårdbehov och minnen efter utskrivning. 3) Hur effekterna av delirium och patientens vårdbehov och minne inverkar på varandra.</p>	<p>Design: Mixad metod</p> <p>Urval: 360 vuxna deltagare, skulle kunna danska, skulle ha vistats på IVA mer än 48h</p> <p>Datainsamling: Intervjuer vid 3 tillfällen.</p> <p>Analysmetod: Beskrivande statistik.</p>	<p>Resultatet visade att 202 patienter som vårdats på IVA hade någon gång upplevt delirium under sin vistelse. Ålder och sjukdom var betydande faktorer.</p>	<p>Medelhög 8/12</p>
<p>19) Författare: Svenningsen, H., Egerod, I. & Dreyer, I.</p> <p>Titel: Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative,</p>	<p>Syftet var att beskriva patienternas minnen av vanföreställningar under tiden på IVA</p>	<p>Design: Kvalitativ metod</p> <p>Urval: Vårdats på IVA till följd av kirurgisk operation samt skulle vårdats mer än 48 h.</p>	<p>Resultatet visade att många patienter erfor vanföreställningar under tiden på IVA.</p>	<p>Hög 12/12</p>

<p>longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory</p> <p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing,</p> <p>Årtal: 2016</p>		<p>Datainsamling: 3 intervjuer som hölls vid olika tidpunkter efter att patienten drabbats av delirium. Intervjuades via telefon.</p> <p>Analysmetod: fenomenologisk hermeneutikanalys</p>		
<p>20) Författare: Sörensen Duppils, G. & Wikblad, K.</p> <p>Titel: Patients' experience of being delirious</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årtal: 2007</p>	<p>Att beskriva patienters erfarenheter av delirium.</p>	<p>Design: Kvalitativ metod.</p> <p>Urval: Genomgått en höftoperation, och upplevt delirium under sin sjukhusvistelse</p> <p>Datainsamling: Ostrukturerade intervjuer.</p> <p>Analysmetod: Kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Resultatet visade att patienterna beskrev delirium som otäckt, de skapade starka känslor hos patienterna. Bland annat ilska, rädsla och panik.</p>	<p>Hög 11/12</p>
<p>21) Författare: Trondstad, O., Dylan, F., Lye, I., Fraser, J. & Patterson, S.</p> <p>Titel: Doing time in an Australian ICU; the experience and environment from the perspective of patients and family members</p> <p>Tidskrift: Australian critical care</p> <p>Årtal: 2020</p>	<p>Syftet var att utforska patientens och anhörigas erfarenheter av intensivvård.</p>	<p>Design: Kvalitativ beskrivande studie.</p> <p>Urval: Inneliggande patienter på sjukhus, bl.a. IVA</p> <p>Datainsamling: 17 deltagare intervjuades.</p> <p>Analysmetod: Rammetod med utgång från induktiv samt deduktiv förhållningssätt.</p>	<p>Resultatet visade att patienter erfor obehagliga drömmar, läskiga miljöer, buller, och rädslor för att somna p.g.a. drömmar.</p>	<p>Hög 10/12</p>

<p>22) Författare: Van Rompaey, B., Van Hoof, A., Van Bogaert, P., Timmermans, O. & Dilles, T.</p> <p>Titel: The patient´s perception of a delirium: A qualitative research in a Belgian intensive care unit</p> <p>Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing</p> <p>Årtal: 2016</p>	<p>Syftet var att beskriva intensivvårdspatien- ters erfarenheter av delirium.</p>	<p>Design: Kvalitativ metod.</p> <p>Urval: Vuxna patienter som minst 1 gång upplevt delirium, vårdats på IVA minst 48 h.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Analysmetod: Två forskare analyserade materialet med NVIVO 8 (QSR International software).</p>	<p>Resultatet visade att det existerar fyra teman inom IVA-patienters erfarenheter av delirium: “kontakt och kommunikation”, “känslor”, “sömn och tid” samt “innebörden av att drabbats av delirium”.</p>	<p>Hög 10/12</p>
<p>23) Författare: Wade, D., Brewin, C., Howell, D., White, E. & Mythen, M.</p> <p>Titel: Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: An interview study</p> <p>Tidskrift: British Journal of Health Psychology</p> <p>Årtal: 2015</p>	<p>Syftet var att utforska om det var hallucinationer och vanföreställningar eller verkliga minnen från intensivvården som orsakade PTSD.</p>	<p>Design: Mixad metod</p> <p>Urval: Vårdats på IVA mer än 24h</p> <p>Datainsamling: Detaljerade intervjuer hölls med deltagarna.</p> <p>Analys: Tematisk analysmetod.</p>	<p>Resultatet visade att majoriteten av patienterna hade erfarenheter av påträngande minnen, hallucinationer och vanföreställningar i samband med vårdtiden på IVA.</p>	<p>Hög 10/12</p>
<p>24) Författare: Whitehorne, K., Gaudine, A.,</p>	<p>Syftet var att förstå kritiskt sjuka patienters erfarenheter av</p>	<p>Design: Hermeneutisk kvalitativ metod.</p>	<p>Resultatet visade att det finns fyra kategorier “Jag kan inte minnas”, “Viljan att skapa kontakt”, “att försöka</p>	<p>Hög 11/12</p>

<p>Meadus, R. & Solberg, S</p> <p>Titel: Lived Experience of the Intensive Care Unit for Patients Who Experienced Delirium</p> <p>Tidskrift: American Journal of Critical Care</p> <p>Årtal: 2015</p>	<p>delirium efter att vårdats på IVA.</p>	<p>Urval: 7 deltagare diagnostiserade med delirium enligt CAM-ICU</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Analysmetod: Fenomenologisk analys.</p>	<p>förstå” samt “rädsla och bekymmer över sin egen säkerhet”.</p>	
--	---	---	---	--

BILAGA D - ÖVERSIKTSTABELL

Artikel	Syfte	Metod	Resultat
1) Memories of intensive care and experience of survivors of a critical illness: an interview study.	Undersöka patienters erfarenheter av tiden på IVA 6 månader efter att det drabbats av delirium.	Kvalitativ metod, semi-strukturerade intervjuer, 6 deltagare.	Hallucination/illusion: Minns inte så mycket. Behagliga och obehagliga erfarenheter. Känns verkliga.
2) "Pain relieved, but still struggling" – Critically ill patients experiences of pain and other discomforts during analgosedation	Utforska hur kritiskt sjuka patienter behandlas när de erfor smärta och obehag.	Kvalitativ metod, semistrukturerade intervjuer, 18 deltagare	Hallucination/illusion: Vad är verkligt? Skrämmande, stress → ville hellre sova. Förvirring efter hemgång. Skam och ångerfullhet: Skämdes, kände sig galen Kommunikation: Tillsagda att inte prata med andra, ville ej prata om det, vill glömma. Mådde bättre efter fått veta att delirium är vanligt. Bemötande: SSK tog sig tid för pat.
3) Experiences of undergoing cardiac surgery among older people diagnosed with postoperative delirium: one year follow-up	Tydliggör erfarenheter av hjärtkirurgi för patienter som diagnostiserats med postoperativt delirium.	Kvalitativ metod, semi-strukturerade intervjuer, 49 deltagare	Vara i en annan värld/på annan plats: Fast i konstig värld, Hallucination/illusion: Behagligt/obehagligt, paranoia, färger, mönster Skam och ångerfullhet: Skam, ånger för vad de gjort. Pinsamt. Galen. Kommunikation: Ingen info om delirium. Kunder ej göra sig förstådda. Familj skämdes över dem. Vågar inte fråga SSK.

			<p>Bemötande: SSK hånar. Ignorans, respektlös. Anhöriga viktiga.</p>
<p>4) Sedation and memories of patients subjected to mechanical ventilation in an intensive care unit.</p>	<p>Undersöka sambandet mellan sedering och minnen hos patienter som vårdats på IVA.</p>	<p>Kvantitativ metod, kalkylblad samt enkät, 128 deltagare</p>	<p>Hallucination/illusion: Mer än hälften erfor och mindes delirium. Många mindes agitation och förvirring. Blandning av verklighet och fantasi</p> <p>Bemötande: Blivit fasthållna, bundna</p>
<p>5) Peoples experience of being mechanically ventilated in an ICU. A qualitative study.</p>	<p>Beskriva patienter som vårdats i respirators erfarenheter från IVA.</p>	<p>Kvalitativ metod, strukturerade intervjuer, 8 deltagare</p>	<p>Möte med döden/döda: Döden ständigt närvarande</p> <p>Hallucination/illusion: Obehagligt, skrämmande. Jobbigt att ej minnas vad de gjort. Sett nissar överallt.</p>
<p>6) A post-transplant person': Narratives of heart or lung transplantation and intensive care unit delirium.</p>	<p>Beskriva patienters erfarenheter av delirium efter att genomgått hjärt- eller lungtransplantation</p>	<p>Kvalitativ metod, berättande intervjuer, 11 deltagare</p>	<p>Möte med döden/döda: Genomsyrar allt</p> <p>Hallucination/illusion: Behagliga/obehagliga. Vad är verkligt? Färger. Främmande bitar hängande från kroppen. Löpband. SSK försöker döda dem, paranoia, misstro.</p> <p>Skam och ångerfullhet: Ville inte att familjen skulle få veta, blivit galen, stigma</p> <p>Kommunikation: Bristande kunskap, inte fått info.</p>
<p>7) Intensive care unit delirium, clinical observations and patients statements.</p>	<p>Undersöka om det fanns likheter mellan tidigare forskning och patienters erfarenheter av delirium på IVA.</p>	<p>Kvalitativ metod, semi-strukturerade intervjuer, observationer, 31 deltagare</p>	<p>Möte med döden/döda: Välja leva eller dö, se o prata med avlidna anhöriga</p> <p>Vara i en annan värld/på annan plats: Verkligheten försvunnit, var på vinden, i en lada</p>

			<p>Hallucination/illusion: Obehagligt. Inte kunna skilja på verklighet och fantasi. Rädsla. Svärm av flugor på gardinerna. Utanför-kroppen-upplevelse. Något fel på klockan. Rummets utseende ändrades konstant. Vakter.</p> <p>Skam och ångerfullhet: Känna sig galen.</p> <p>Kommunikation: Tappa förmåga att prata</p> <p>Bemötande: SSK alltid stressade</p>
8) "Releasing a lot of poisons from my mind": Patients' delusional memories of intensive care	Syftet var att beskriva intensivvårdspati enternas minnen och illusioner av delirium.	Mixad metod, enkäter, intervjuer, 35 deltagare	<p>Möte med döden/döda: Bli mördad, strypt, dränkt</p> <p>Vara i en annan värld/på annan plats: Vara i en annan värld, vara i ett annat land, hållas fånge någonstans</p> <p>Hallucination/illusion: Majoritet erfarit delirium. Behagliga, obehagliga. Väggar rör på sig. Blod. Folk vaktar/gör illa. Skämmande. Neutrala. Vad är verkligt?</p> <p>Kommunikation: Behov av att prata</p>
9) Eight days of nightmares... "octogenarian patients' experience of postoperative delirium after transcatheter of surgical aortic valve replacement	Syftet med studien är att undersöka patienter äldre än 80 års erfarenheter av delirium efter att det genomgått hjärt- och kärlkirurgi.	Kvalitativ metod, fenomenologisk, berättande intervjuer, 10 deltagare	<p>Möte med döden/döda: Såg döda släktingar i rummet på intensivvårdsavdelningen och såg sig själv i en likkista.</p> <p>Vara i en annan värld/på annan plats: Befann sig på ett skepp för att sedan befinna sig på ett flygplan.</p> <p>Hallucination/illusion: Var tillfångatagen i kläder och kunde inte ta sig ut.</p>

<p>10) I hope you get normal again': An explorative study on how delirious octogenarian patients experience their interactions with healthcare professionals and relatives after aortic valve therapy</p>	<p>Beskriva hur äldre patienter mellan 80–90 år erfor interaktionen med vårdpersonal och anhöriga efter att drabbats av delirium efter en hjärtkirurgi.</p>	<p>Kvalitativ metod, intervjuer, 10 deltagare</p>	<p>Hallucination/illusion: Såg krypande insekter på ventilationsrören.</p> <p>Bemötande: Respektlöshet skapade hinder mellan SSK och patient. Anhöriga som skojade om patientens upplevelse skadade patienten själsligt.</p>
<p>11) ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: follow-up after 3-12 month.</p>	<p>Beskriva intensivvårdspatienters minnen och känslomässiga reaktioner efter att varit kritiskt sjuk.</p>	<p>Kvalitativ metod, semi-strukturerade intervjuer, 9 deltagare</p>	<p>Vara i en annan värld/på annan plats: Obehagligt att pendla mellan verklighet och fantasi.</p> <p>Hallucination/illusion: Drogs ned i kvicksand, kämpade för sitt liv.</p> <p>Bemötande: Tacksamhet till SSK. Uppskattade de SSK som tog sig tid.</p>
<p>12) "Fishing with the dead" - recall of memories from ICU.</p>	<p>Beskriva patienternas minne av att drabbats av drömmar, mardrömmar och förvirring under vårdtiden på IVA.</p>	<p>Mixad metod, enkäter, semi-strukturerade intervjuer, 50 deltagare</p>	<p>Möte med döden/döda: Patienterna mindes det som obehagligt att träffa döda släktingar.</p> <p>Vara i en annan värld/på annan plats: Pendlade mellan medvetenhet och fantasi, vilket uppfattades som en kamp.</p> <p>Hallucination/illusion: Såg saker som inte fanns, olika föremål i rummet blev annan sak i drömmen. Såg färger. Kämpade motangripare.</p> <p>Bemötande: När patienten inte längre hade delirium kom tilliten till sjukvårdspersonalen tillbaka.</p>

<p>13) Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study</p>	<p>Beskriva patientens minne avseende interaktionen mellan patienterna och IVA.</p>	<p>Mixad metod, observationer, semi-strukturerade intervjuer, 4 deltagare</p>	<p>Möte med döden/döda: Kände dödens närvaro, patienter hoppades de var döda.</p> <p>Vara i en annan värld/på annan plats: De befann sig i en mycket förvirrande värld. Trodde sig vara på ett flygplan för att sedan vara på sjukhuset. Svårt att veta vad som var sant och inte.</p> <p>Hallucination/illusion: Trodde att personal var deras släktingar. Det var skrämmande.</p> <p>Skam och ångerfullhet: Kände sig utelämnade, låg naken och han skämdes över det.</p> <p>Bemötande: Upptagen miljö, alla hade något att göra.</p>
<p>14) Delirium: the lived experience of older people who are delirious post-orthopaedic surgery</p>	<p>Tydliggöra erfarenheter av delirium.</p>	<p>Kvalitativ metod, semi-strukturerade intervjuer, 11 deltagare</p>	<p>Vara i en annan värld/på annan plats: Var fast på en båt.</p> <p>Hallucination/illusion: Trodde SSK skulle döda.</p> <p>Skam och ångerfullhet: Trodde de hade blivit galna → känslor som ångest, skam och skuld.</p> <p>Kommunikation: Stor tröst för patienterna att samtala om delirium, särskilt att få veta att andra också drabbats. En tröst.</p> <p>Bemötande: Misstro till SSK p.g.a. de var delaktiga i patientens hallucination. Anhöriga var viktiga.</p>

			Patienten uppskattade inte när SSK förminskade hallucinationerna.
15) Delusional memories from intensive care unit – experienced by patients with physical trauma.	Beskriva traumapatienters minnen av tiden på IVA. Samt tydliggöra vilka faktorer som kan påverka minnen och problem.	Kvantitativ metod, enkäter, 239 deltagare	Hallucination/illusion: 42% erfor hallucinationer. 62% mardrömmar. Trodde bl.a. att någon skulle skada dem.
16) Patients' dreams in ICU: Recall at two years post discharge and comparison to delirium status during ICU admission. A multicenter cohort study.	Observera beteenden och patienters minnen under tiden de vårdats på IVA.	Mixad metod, öppna och slutna intervjufrågor, 41 deltagare	Möte med döden/döda: Hade blivit levande begravd, skulle gå till ljuset på andra sidan. Vara i en annan värld/på annan plats: Var i en annan värld. Hallucination/illusion: Trodde sig dödat anhöriga. Mindes hallucinationerna som en rörelse mellan bra och dåligt. Skam och ångerfullhet: Ville inte berätta och prata om sina erfarenheter av delirium. Bemötande: Rädd för personalen för patienterna trodde de skulle döda dem.
17) Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients – Findings from 250 interviews	Beskriva obehagliga och behagliga minnen från IVA när patienterna vårdats i respirator.	Kvalitativ metod, berättade intervjuer, 250 deltagare	Vara i en annan värld/på annan plats: Vara i en annan värld Hallucination/illusion: Behaglig/obehaglig. Såg färger, insekter, svarta hål, konstiga illusioner av omgivningen, folk som såg konstiga ut. Behagliga = vackra färger, mönster och fantasifigurer, sväva/flyta.
18) Intensive care delirium – effect	1) Undersöka effekterna av	Mixad metod, strukturerade	Vara i en annan värld/på annan plats:

<p>on memories and health-related quality of life – a follow-up study</p>	<p>delirium på livskvalitet inom IVA. 2) Vårdbehov och minnen efter utskrivning. 3) Hur effekterna av delirium och patientens vårdbehov och minne inverkar på varandra.</p>	<p>intervjuer, 360 deltagare</p>	<p>Trodde de befann sig i andra länder.</p> <p>Hallucination/illusion: Någon försökte skada de, människor som klättrade runt i taket.</p> <p>Skam och ångerfullhet: Ville undvika att prata eller konfronteras med sina obehagliga upplevelser från deliriumet.</p>
<p>19) Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur´s interpretation theory</p>	<p>Beskriva patienters minnen av vanföreställningar under tiden på IVA.</p>	<p>Kvalitativ metod, fenomenologisk hermeneutisk, berättande intervjuer, 114 deltagare</p>	<p>Möte med döden/döda: Anhöriga deltog i drömmarna där patienten tvingades välja mellan liv och död.</p> <p>Vara i en annan värld/på annan plats: Deja vu till dåtiden.</p> <p>Hallucination/illusion: Rummet var i konstant rörelse med olika föremål, djur och färger.</p> <p>Skam och ångerfullhet: Patienten kände sig övergivna och sårbara.</p>
<p>20)Patients' experience of being delirious</p>	<p>Beskriva patienters erfarenheter av delirium.</p>	<p>Kvalitativ metod, ostrukturerade intervjuer, 45 deltagare</p>	<p>Möte med döden/döda: Trodde sig vara ett djur som skulle avlivas.</p> <p>Vara i en annan värld/på annan plats: Tillfånga tagna i ett koncentrationsläger där sjuksköterskan var nazistvakt.</p> <p>Hallucination/illusion: Sjuksköterskan blev plötsligt en annan person och uppfattades hotfull. Såg djur från ventilatorn.</p> <p>Skam och ångerfullhet: Ville inte samtala om delirium. Hade stark ångest över hur det</p>

			<p>betett sig mot andra. Glad över att inte blivit galen.</p> <p>Kommunikation: Svårigheter att kommunicera.</p>
<p>21) Doing time in an Australian ICU; the experience and environment from the perspective of patients and family members</p>	<p>Utforska patientens och anhörigas erfarenhet av intensivvård.</p>	<p>Kvalitativ metod, semi-strukturerade intervjuer, 17 deltagare.</p>	<p>Möte med döden/döda: Trodde SSK skulle döda dem</p> <p>Vara i en annan värld/på annan plats: Vara i ett annat land</p> <p>Hallucination/illusion: Såg saker, var verkliga. Tillfångatagen, blev kastrerad. Behaglig = var känd sångare</p>
<p>22) The patient´s perception of a delirium: A qualitative research in a Belgian intensive care unit</p>	<p>Beskriva intensivvårds-patienters erfarenheter av delirium.</p>	<p>Kvalitativ metod, semi-strukturerade intervjuer, 30 deltagare</p>	<p>Möte med döden/döda: Såg en dam med vingar som ville ta med sig patienten till en annan värld.</p> <p>Vara i en annan värld/på annan plats: Befann sig på olika platser i världen tillsammans med andra.</p> <p>Hallucination/illusion: Ramlade ofta ner i ett hål men som patienten lyckades ta sig upp från.</p> <p>Skam och ångerfullhet: Skuld och skam var vanligt förekommande hos patienterna, särskilt om det varit högljudda eller varit aggressiva.</p> <p>Kommunikation: Svårigheter att kommunicera, ledde till frustration.</p> <p>Bemötande: Mindes sjuksköterskan som lugn.</p>
<p>23) Intrusive memories of hallucinations and delusions in</p>	<p>Utforska om det var hallucinationer och vanföre-</p>	<p>Mixad metod, semi-strukturerade</p>	<p>Möte med döden/döda: Mötte döda anhöriga.</p>

<p>traumatized intensive care patients: An interview study</p>	<p>ställningar eller verkliga minnen från IVA som orsakade PTSD.</p>	<p>intervjuer, 17 deltagare</p>	<p>Hallucination/illusion: Påträngande minnen. Trodde sjuksköterskan förberedde patienterna för döden.</p>
<p>24) Lived Experience of the Intensive Care Unit for Patients Who Experienced Delirium</p>	<p>Förstå kritiskt sjuka patienters erfarenheter av delirium efter att vårdats på IVA.</p>	<p>Kvalitativ metod, fenomenologisk hermeneutisk, semi-strukturerade intervjuer, 7 deltagare</p>	<p>Vara i en annan värld/på annan plats: Trodde de var med i krig. Att de var tillfångatagna och instängda på ett fartyg.</p> <p>Hallucination/illusion: Såg djur, tunnlår, färger och skepnader.</p> <p>Kommunikation: Svårigheter att kommunicera pga. Respiratorn, ville fråga om förklaringar till upplevelserna.</p> <p>Bemötande: Patienten blev lugn när sjuksköterskan berättade om att det var vanligt med delirium. Patientens uppskattade sjuksköterskans närvaro.</p>



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se