

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008:20

Uppföljning av intensivvårdspatienter
En handlingsplan

Linda Johansson
Anders Sterner



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Uppföljning av intensivvårdspatienter – En handlingsplan

Författare: Linda Johansson, Anders Sterner

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Specialistutbildning med inriktning mot intensivvård.

Handledare: Berit Lindahl

Examinator: Susanne Knutsson

Sammanfattning

Forskning har visat att intensivvårdspatienter upplever en mängd problem efter sin vårdtid på intensivvårdsavdelningen. Dessa problem, som ökad stress, sömnsvårigheter, delirium och post traumatiskt stressyndrom kan ge en försämrad livskvalitet efter vårdtiden. Syftet är att utifrån aktuella forskningsresultat beskriva olika sätt för uppföljning av intensivvårdspatienter för att utforma en handlingsplan för uppföljning som syftar till att om möjligt minska lidandet för intensivvårdspatienterna efter utskrivning från IVA.

Författarna fann ett flertal olika sätt att bedriva uppföljning efter vård på intensivvårdsavdelning som till exempel att föra dagbok, mottagning, telefonuppföljning och inrättande av tjänst som sambandssjuksköterska samt uppföljningsenhet. De olika uppföljningsenheterna var uppbyggda och fungerade på olika sätt. Den handlingsplan vi konstruerat och presenterar utgår från en kombination av; dagbok som används som en del i ett mottagningsbesök och en sjuksköterska som efter utskrivning från intensivvårdsavdelningen besöker patienten på vårdavdelningen. Handlingsplanen visar enligt författarna på ett sätt att utforma en heltäckande och lyckad uppföljningsverksamhet som angriper problemen från flera riktningar.

Nyckelord: *Uppföljning, Intensivvård, Dagbok, Mottagning, Handlingsplan.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	2
BAKGRUND	3
<i>Stress</i>	4
<i>Delirium</i>	5
<i>Post traumatiskt stress syndrom</i>	6
Efter intensivvård	6
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	9
Ett kvalitativt forskningsperspektiv	9
Litteraturöversikt	9
Datainsamling	9
Kvalitativ innehållsanalys	11
RESULTAT	11
DISKUSSION	17
Resultatsdiskussion	17
Metoddiskussion	20
SLUTSATS	21
REFERENSER	22
BILAGA 1	26

INLEDNING

Som blivande specialistsjuksköterskor med inriktning intensivvård har det under utbildningens gång blivit tydligt att det föreligger flera problem och risker för intensivvårdspatienterna även efter utskrivningen. Den senaste tiden har det också förts en allt livligare diskussion inom professionen om hur patienterna mår när de lämnat intensivvårdsavdelningen. Diskussioner som stöds av de forskningsresultat som presenterats på senare år. Många avdelningar har därför, i takt med att forskningsresultat lagts fram, startat olika verksamheter för att erbjuda uppföljning av de intensivvårdspatienter som vårdats där för att minska deras lidande. Denna diskussion har även varit aktuell på intensivvårdsavdelningen på Norra Älvsborgs Länsjukhus (NÄL) där man under en tid drivit ett dagboksprojekt som en form av uppföljningsarbete. Uppföljningsverksamhet efter intensivvård är något som intresserar författarna, Linda har sedan oktober 2005 och Anders har sedan januari 2006 arbetat på intensivvårdsavdelning på NÄL. Under denna tid har vi sett och tagit del av patienter som har mått psykiskt dåligt efter vårdtiden på IVA.

Patienter som tidigare vårdats på IVA har uttryckt ett behov av information om vårdtiden, undersökningar, rutiner med mera. De önskemålen har gjort att vi mött patienter på vårdavdelningar samt även varit involverade i möten med patienter som kommit tillbaka på besök till intensivvårdsavdelningen för att reorientera sig. Författarna har med spänning följt diskussionerna och utvecklingen på området uppföljning efter intensivvård – både inom forskning och inom den praktiska verksamheten.

BAKGRUND

Intensivvård

Det finns olika definitioner och beskrivningar av intensivvård. I Nationalencyklopedin (2008) beskrivs intensivvård som övervakning av patienter med inträffad eller hotande svikt av vitala funktioner (livsfunktionerna). Dessa består av i första hand andning och blodcirkulation, i andra hand medvetande, vätske- och syra-bas-balans samt kroppens ämnesomsättning. Vidare bedrivs intensivvård oftast på särskilt inrättade *intensivvårdsavdelningar* (IVA) med hög personaltäthet och specialutbildad personal samt avancerad medicinsk teknik för övervakning och behandling dygnet runt. Intensivvården utgör därför en speciell och mycket kostnadskrävande vårdform. En förutsättning för inläggning av en patient på intensivvårdsavdelning är dels att det föreligger sviktande vitala funktioner, dels att de sviktande funktionerna bedöms vara möjliga att behandla framgångsrikt. Döende patienter, där behandling anses vara utsiktslös, vårdas därför i allmänhet inte på intensivvårdsavdelning

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (1995:5) framhåller att vården av intensivvårdspatienter är av komplex natur då sjuksköterskan förväntas vårda patienter i alla åldrar med kirurgiska, medicinska, psykiska, infektiösa och traumatologiska tillstånd. Larsson och Rubertsson (2005) menar att intensivvård består av diagnos, monitorering, behandling och vård av patienter med potentiell reversibel svikt i en eller flera organsystem. Enligt McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell och Hudson (2002) är en IVA gjord för att rädda liv på svårt sjuka patienter som är i behov av livsuppehållande åtgärder eller som behöver kontinuerlig övervakning

Att vara intensivvårdspatient

Att vårdas som intensivvårdspatient kan vara påfrestande och påverkar inte bara patienterna utan även närstående (Larsson & Rubertsson, 2005). Det är inte bara det som faktiskt har hänt som påverkar patienterna utan även de överkliga händelserna som patienter upplevt under vårdtiden på IVA. Det kan vara mardrömmar, hallucinationer, fantasier och övertygelsen om att de har varit någon annanstans (Granberg-Axëll, Bergbom & Lundberg, 2001). En del av de överkliga upplevelser kan uppfattas som behagliga men de flesta upplevs oftast som otäcka och skrämmande (Löf, Berggren & Ahlström, 2005).

Jacobi et al. (2002) hävdar att patienter som vårdats på IVA upplever smärta och fysiskt obehag från tidigare sjukdomar, invasiva procedurer eller trauma, men även att monitorering, katetrar, drän, andningsmask, endotrakealtub, sugning, mobilisering och immobilisering orsakar obehag och lidande. Även Sawdon, Woods och Proctor (1995) stöder resonemanget och de har funnit att patienter erinrade sig smärta och obehag ifrån utrustning framför allt ifrån endotrakealtub, sond och medicinska undersökningar. Samuelsson, Lundberg och Fridlund (2007) fann i sin studie att intensivvårdspatienter mest kom ihåg obehag ifrån endotrakealtuben och att de inte kunde prata. Andra saker som orsakade obehag var känslan av törst och att vara fastspänd av slangar och kablar. I de fall där intensivvårdspatienter upplevde opersonlig omvårdnad kunde de upplevda

negativa känslor som osäkerhet, ovisshet, rädsla och ångest. En del patienter kunde uppleva desorientering och förvirring ofta tillsammans med rädsla (McKinley et al., 2002).

På grund av patientens livshotande situation har akuta fysiska symtom oftare en högre prioritet och intresse än de mentala symtomen (Granberg-Axèll et al., 2001). Det är viktigt att se hela patienten inom intensivvård, detta uppmärksammades i en studie av Corrigan, Samuelson, Fridlund och Thomé (2007) där patienternas berättelser dominerades av ord som rädsla och hjälplöshet när de beskrev sin vårdtid. Granberg, Bergbom Engberg och Lundberg (1998) fann i sin studie att intensivvårdspatienterna beskrev sin situation som att de känt sig infångade och kontrollerade av den tekniska utrustningen. Vilket kunde leda till obehagliga och obekväma kroppsställningar. Almerud, Alapack, Fridlund och Ekebergh (2007) har undersökt intensivvårdspatientens upplevelser och patienterna i deras studie upplevde att personalen tittade mer på maskinerna än att lyssna på patienterna. Patienterna upplevde sig osynliga som personer, de blev ett sjukt organ eller en diagnos.

Stress

Corrigan et al. (2007) hävdar att de flesta patienterna upplever IVA som stressande. Svårigheter med att andas och de dagliga aktiviteterna kändes som svåra provningar. Vidare pekar de på att extrem smärta kan upplevas påfrestande och stressande. Upplevelser av överkliga händelser som hallucinationer och mardrömmar ökade stressen. Fredriksen och Ringsberg (2006) refererar till tidigare studier och framhåller att stress uppkommer då patienten tappar situationens mening. Att vara ett offer för trauma eller ha en svår sjukdom kan vara ett tillstånd men det kan också beskrivas som en tillvaro, ett sätt att relatera till världen. Människan är relaterad till en inre och yttre värld – livsvärld. Patienterna i Fredriksen och Ringsberg (2006) studie beskrev stressreaktioner som svettning, ökad hjärtfrekvens, hyperventilation och rastlöshet. Detta framkom även i Corrigan's et al. (2007) studie. Att bara tänka på det hemska som hade hänt dem gjorde att de upplevde fysiska reaktioner som skakningar, kallsvettning och hjärtklappning.

Att vara svårt sjuk eller skadad hotar ens liv och detta hot överskuggar allt annat (Almerud et al., 2007). Fredriksen och Ringsberg (2006) framhåller att vara svårt sjuk eller att drabbas av ett trauma går utanför våra vardagliga händelser och kan uppfattas som stressande, särskilt om patienten blir tvingad att lämna tryggheten i sitt hem till en IVA som i sig kan vara ofamiljär, konstig och skrämmande. Almerud et al. (2007) hävdar även att det faktum att behöva dela rum med en annan patient i detta tillstånd komplicerar allt ytterligare. En annan stor stressfaktor som Fredriksen och Ringsberg (2006) framhåller är bristen på sömn och den dåliga kvaliteten på sömnen. Strahan och Brown (2004) menar även att svårigheten att skapa ett sömnmönster ökar stressen hos patienter som vårdas på IVA.

Sömnsvårigheter

Enligt Jones, Griffiths, Humphris och Skirrow (2001) är sömnstörningar vanliga på IVA. Fredriksen och Ringsberg (2006) hävdar att bristen på sömn och avsaknaden av

normal rytm mellan aktivitet, vila och sömn i kombination med att vara svårt sjuk sliter hårt. Strahan och Brown (2004) har också funnit att många patienter upplever trötthet och sömnsvårigheter. Samuelson et al., (2007) har funnit att mardrömmar är ett stort problem hos intensivvårdspatienter och att det stör möjligheterna till en god sömn. Det stämmer överens med Granberg, Bergbom Engberg och Lundbergs (1999) forskning, vilka hävdar att insomning är förknippat med rädsla och uppkomsten av överkliga händelser. I en tidigare studie (1998) fann de också att en del patienter var rädda för att de inte skulle vakna upp igen om de somnade.

Andra vanliga orsaker till brist på sömn är ljud från miljön runt patienterna som alarm, apparater, telefoner och prat från personal (Jacobi et al., 2002). Ljuden har uppmätts till så höga nivåer som upp till 80 decibel. Andra faktorer som Coyer, Wheeler, Wetzig och Couchman (2006) beskrivit är ljus, obehag, stress och smärta. Även Granberg et al. (1998) beskriver hur ljud men även sängen om den upplevs som obekvämt kan vara en orsak till sömnbrist. Fredriksen och Ringsberg (2007) framhåller också ljud som orsak till sömnbrist men tar även upp personalens procedurer och omvårdnad av patienterna som orsaker till sömnbristen. McKinley et al. (2002) fann att svårigheter att sova ofta berodde på oväsen, ljus och aktivitet men också av svårigheten att skilja dag ifrån natt. Vilket kunde leda till irritation och utmattning hos patienterna.

Delirium

Cullberg (2003) beskriver delirium ur ett psykiatriskt perspektiv som ett tillstånd med symtom som svårigheter att tolka sinnesintrycken, orientering till tid, rum, person samt minnet. Syn och hörsel hallucinationer kan också förekomma. Innan deliriumet inträffar präglas ofta patienten av aggressiva utbrott, sömnstörningar, trötthet och en känsla av att omvärlden känns överklig. Enligt Granberg-Axèll et al. (2001) så kallas det akuta konfusion/delirium tillstånd som drabbar patienter som vårdas eller har vårdats på IVA för IVA syndrom eller IVA delirium och detta har alltid intresserat intensivvårdspersonal. Att tillståndet kallas för IVA syndrom är på grund av den komplexa etiologin och den specifika och ofta komplicerade psykologiska och fysiologiska situationen som involverar intensivvårdspatienten. Jones et al. (2001) menar att delirium är vanligt förekommande på IVA. Jacobi et al. (2002) hävdar att undersökningar visat att så många som 80 % av intensivvårdspatienterna drabbats av delirium. Vidare menar de att om svårt sjuka människor placeras i en stressfull miljö under en lång tid förvärras de kliniska symtomen för delirium.

Det finns hypoaktiva, hyperaktiva och en mix av deliriska tillstånd (Granberg-Axèll et al., 2001). Det är den hypoaktiva formen av delirium som är vanligast och den drabbar framför allt äldre patienter (Griffiths och Jones, 2007). Vidare hävdar de att förutom att sjukdom i sig kan bidra till delirium så kan den vård som ges till den kritiskt sjuka patienten manifesteras ett delirium. De påpekar vidare att en vaken intensivvårdspatient inte behöver vara en garanti för att vara fri från signifikant störd hjärnfunktion samt att utveckling av delirium ökar mortaliteten. Granberg-Axèll et al. (2001) framhåller att i ett fulminant IVA syndrom/delirium så kan patienten uppleva hallucinationer vilka ofta är syner och ibland paranoida vanföreställningar. Synerna kan vara svåra att hantera. Löf et al., (2005) fann i sin studie att patienter blandade verkliga händelser med överkliga händelser och de hade svårt att skilja dem åt, vilket kunde leda till frustration

och oro. Patienterna var övertygade om att de överkliga händelserna hade inträffat men insåg vid konfrontation att de inte hade skett.

Post traumatiskt stress syndrom

Cullberg (2003) beskriver post traumatiskt stress syndrom (PTSD) som en klinisk bild som ofta infinner sig hos patienter som har varit utsatt för extrem påfrestning. Tortyr, våldtäkt och krigsupplevelser är exempel som han tar upp som kan orsaka detta syndrom. Symtomen är depression, självmordstankar, ångest, mardrömmar, återupplevanden av traumat och ger en allvarlig begränsning som påverkar livskvaliteten negativt. Broomhead och Bratt (2002); Jones et al. (2001); Pattison (2005) och Samuelsson et al., (2007) har vid uppföljning av tidigare intensivvårdspatienter funnit att patienterna led av eller befann sig i riskgruppen för att utveckla PTSD. Corrigan et al. (2007) intervjuade patienter som vårdats på IVA och personernas traumatiska minnen var fortfarande mycket skarpa och obehagliga flera månader efter vårdtiden. De starka bilderna av de traumatiska upplevelserna var svåra att kontrollera och kunde spelas upp i deras inre när som helst och kunde upplevas som oerhört stressande. Forskarna fann även att andra trauman som patienten hade genomgått väcktes till liv igen under och efter intensivvården och ökade bördan och lidandet. Patienterna försökte då att undvika allt som kunde påminna dem om deras lidande, vilket gjorde att de hämmades i sitt dagliga liv. Det kunde vara så att de inte kunde se på vissa tv program och vardagsaktiviteter som att möta folk och gå till tandläkaren blev omöjliga. Rädslan att återuppleva traumat var så stor att de i vissa fall måste flytta och att de till och med övervägt självmord som en utväg.

Intressant är att hos de patienter som varit lättare sederade finns det lägre nivåer av PTSD än de som vart djupt sederade (Griffiths & Jones, 2007). Vilket tillskrevs det faktum att de upplevelserna som ligger till grund för PTSD inte behöver vara av sann natur. Tidigare studier av Jones et al. (2001) visar på att minnen, om än de är av vanföreställande karaktär, gav patienterna en chans att ifrågasätta dess sanning och eventuellt förkasta dessa.

Efter intensivvård

Efter intensivvården kan svårt sjuka patienter utveckla störningar i de neuromuskulära funktionerna. Det finns tre huvudgrupper av neuromuskulära störningar. Critical illness polyneuropati är en generell störning i det perifera nervsystemet och karaktäriseras av motoriskt och/eller sensoriskt bortfall. Den andra formen är critical illness myopati och då ligger problemet främst i skelettcellerna, den tredje störningen är en övergående ofta läkemedels-utlöst störning (Larsson & Rubertsson, 2005). På senare tid har livskvalitet används för att få reda på hur patienten mår efter utskrivning från IVA (Larsson & Rubertsson, 2006). Livskvalitet är individuellt och påverkas av många olika faktorer såsom tidigare upplevelser och två personer med samma hälsostatus behöver inte uppleva sin livskvalitet på samma sätt (Broomhead & Brett, 2002; Larsson & Rubertsson, 2006). Ridley, Chrispin, Scotten, Rogers och Lloyd (1997) menar att livskvalitet ger en uppfattning om patientens välbefinnande och tillfredsställelse och hur den påverkas av sjukdom, skador och behandling. I sin studie fann de att patienter som vårdas på IVA skattar sin livskvalitet lägre i jämförelse med normalbefolkningen.

Problem med smärta, trötthet och fysisk svaghet (Adamson, Murgu, Boyle, Kerr, Crawford & Elliott, 2004), ångest- och depressionsproblematik (Jones et al., 2001) samt viktninskning med en förlorad muskelmassa (Broomhead & Brett, 2002; Larsson & Rubertsson, 2005) har beskrivits som en följd av intensivvård. De invasiva katetrar som patienten haft under sin vårdtid kan ge märken och ärr som ibland kan uppfattas besvärliga (Sawdon et al., 1995). Patienterna kan få problem med sexuella relationer och det i sin tur kan leda till slitningar i förhållanden och patienten egen självkänsla (Broomhead & Brett, 2002). Daffurn, Bishop, Hillman och Bauman (1994) fann att efter svår sjukdom påverkas patienterna av olika fysiska, psykiska, sociala, ekonomiska och funktionella problem som behöver ett holistiskt bemötande. Ett behov som kunde vara svårt att tillmötesgå på grund av sjukhusets struktur och organisation.

Det finns tre typer av lidande i vården, sjukdomslidande som orsakas av själva sjukdomen och behandlingen. Vårdlidande som orsakas av vårdsituationen i sig och ett livslidande som orsakas av att det invanda livet och dess rutiner rubbas och tas ifrån människan (Eriksson 1994). Dessa olika typer av lidande kan drabba en människa som blivit vårdad på IVA och om inte IVA har någon form av uppföljning av patienter är det svårt att få reda på hur de mår efter utskrivning från IVA. Enda sättet är vid återinläggning av patienter från avdelning till IVA eller då patienter och närstående kommer på spontana besök (Sawdon et al., 1995). Vidare hävdar de att uppföljning kan ge information om dödlighet och hälsostatus efter utskrivningen från IVA. Adamson et al. (2004) menar att vid tidig uppföljning av intensivvårdspatienter kan både fysiska och psykiska problem upptäckas hos patienter och deras närstående. Samuelsson et al. (2007) har i sin studie funnit att tidiga uppföljningsbesök av personal från IVA på vårdavdelning kan vara bra för patienten. Det kan också ge personalen viktig information om hur patienten upplevde intensivvården. Sawdon et al. (1995) påpekar att denna kunskap kan användas till att förbättra vården. Löf et al. (2005) har sett att patienter har ett behov av att prata om sina erfarenheter av intensivvård och att behovet för uppföljning av intensivvårdspatienter finns. Sawdon et al. (1995) fann att uppföljningen fick patienterna att känna sig som individer och inte bara ett nummer. Jones et al. (2001) och Corrigan et al. (2007) framhäver behovet av tidig uppföljning efter intensivvård för att identifiera de patienter som löper risk att utveckla PTSD-relaterade symtom och på så sätt ge patienterna stöd och hänvisa dem vidare till rådgivare eller psykologer.

Sammanfattningsvis så har flera forskare visat att det finns ett stort behov av någon form av uppföljning av intensivvårdspatienter för att om möjligt minska lidandet för intensivvårdspatienterna efter utskrivning från IVA och enligt Rattray och Crocker (2007) finns det ingen vedertagen modell för att bedriva uppföljningsverksamhet.

PROBLEMFORMULERING

Forskningen visar att intensivvård förutom att rädda liv också kan medföra problem efter vårdtiden på IVA för den enskilda patienten med bland annat ökad stress, sömnsvårigheter, rädsla, ångest, smärta, delirium och PTSD. Intensivvårdspatienter riskerar således att efter utskrivning från IVA få fortsatta problem på vårdavdelningen och i hemmet. De upplevelser som de bär på kan försena tillfrisknandet, förlänga vårdtiden och i värsta fall utvecklas till ett långvarigt/kroniskt tillstånd.

Både nationell och internationell forskning på området visar att det finns olika sätt att bemöta denna problematik. I takt med att studier inom problemområdet har publicerats har också intresset för att skapa lösningar som syftar till att minska lidandet för patienten ökat. Detta gäller även vår arbetsplats IVA NÄL som liksom andra avdelningar inte är undantaget denna problematik. Författarna ämnar därför använda aktuella forskningsresultat till en handlingsplan för uppföljning som syftar till att om möjligt minska lidandet för intensivvårdspatienterna efter utskrivning från IVA.

SYFTE

Syftet är att utifrån aktuella forskningsresultat beskriva olika sätt för uppföljning av intensivvårdspatienter för att utforma en handlingsplan för uppföljning som syftar till att om möjligt minska lidandet för intensivvårdspatienterna efter utskrivning från IVA.

METOD

Ett kvalitativforskningsperspektiv

Ett kvalitativforskningsperspektiv ger en fördjupad bild av det omfattande och beskrivande datamaterialet som samlats in (Polit och Beck, 2008). Kvalitativ forskning kan ge utförlig beskrivning av människors upplevelser, mänskliga händelser, processer och relationer och ge en ökad förståelse för hur patienter upplever sin situation (Morse, 1991). Det kan även användas för att beskriva, förklara och fördjupa mänskliga upplevelser och uppfattningar. Det finns många olika kvalitativa forskningsmetoder men gemensamt för alla metoder är att forskarens syfte är holistiskt (Willman, Stoltz och Bahtsevani, 2006). Morse (1991) hävdar att den viktigaste förmågan hos forskaren för att uppnå detta är att vara kreativ, klarsynt och att tänka abstrakt.

Litteraturöversikt

En litteraturöversikt kan ha olika syften, det kan vara en kritiskt granskande sammanfattning av det ämnesområde som skall studeras, ofta genom att sätta ett forskningsproblem i sitt sammanhang (Polit och Hungler, 1999). Eller en orientering av rådande forskning genom att identifiera och söka efter information inom ett specifikt kunskapsområde och få utvecklad förståelse för ämnet. Vilket gör att kunskapsluckor och motsägelser i forskningen även kan identifieras. Detta kan hjälpa forskaren att skapa sig en bild av ett forskningsområde inför ett kommande empiriskt arbete (Polit och Beck, 2008). Ett arbete som enligt Polit och Hungler (1999) kan utgöra en grund för implementering av olika projekt.

Polit och Beck (2008) påpekar att en litteraturöversikt karaktäriseras av olika aspekter, den ska vara förståelig, noggrann och ska innehålla uppdaterade referenser. Författarna till en litteraturöversikt ska bli experter på sitt eget ämne vilket betyder att författarna behöver vara kreativa och flitiga för att få bästa tillgången till information. En litteraturöversikt ska även vara systematisk, det vill säga regler för att inkludera eller exkludera studier ifrån litteraturöversikten måste vara tydliga. Vidare är det viktigt att litteraturöversikten har balans och inte innehåller eller bygger på fördomar. Detta uppnås genom att klara regler finns för utvärdering och analys av den insamlade informationen, det vill säga de i översikten ingående studierna. För att genomföra en bra litteraturöversikt gäller det att sträva efter att resultatet blir så insiktsfullt och vetenskapligt som möjligt och att resultat blir mer än bara summan av sina delar.

Datainsamling

Vår datainsamling har följt Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2006) struktur och de menar att forskaren skall följa en plan i sin litteratursökning. Första steget i denna plan är att identifiera tillgängliga resurser vilket innebär tid för projektets längd, möjligheterna att erhålla material så som artiklar och rapporter. Andra steget är att identifiera relevanta källor vilket innebär att forskarna måste besluta sig för var någonstans, under de givna förutsättningarna, de kan hitta studier som bäst svarar på den aktuella frågeställningen. Det gäller så väl databaser som andra index. Tredje steget

är att avgränsa forskningsproblemet och fastställa huvuddragen i sökningen. Vilket innebär att forskarna bestämmer det övergripande fokus som gäller och avgränsar problemet mot andra delar. Fjärde steget är att utveckla en sökväg för de olika söksystemen som används i de olika databaserna. En tidskrävande uppgift men viktig för att finna relevanta referenser. När dessa fyra moment är genomförda, genomförs litteratur sökningen enligt den utarbetade planen. Sökningen av litteratur skall utgå från problemformuleringen och angivna begränsningar. Litteratursökningen skall ha hög sensitivitet vilket innebär att fånga in alla relevanta referenser och hög specificitet vilket innebär att utesluta alla ickerelevanta referenser. Det är viktigare med hög sensitivitet än specificitet då forskaren själv kan förkasta referenser.

Författarna till föreliggande examensarbete har använt sig av funktionen Samsök på Högskolan Borås Bibliotek och sökning på databaserna Cinahl, Medline, Google Scholar och Google Web. Sökord som vi har använt är follow-up, critical care, ICU, intensive care unit, diary, telephone.

Tabell 1: Sökresultat

CINAHL	Träffar	MEDLINE	Träffar
1. Follow-up	28468	1. Follow-up	284041
2. Critical care	10833	2. Critical care	25727
3. ICU	4439	3. ICU	15703
4. Intensive care unit	7413	4. Intensive care unit	37439
5. Diary	1536	5. Diary	3798
6. Telephone	13367	6. Telephone	27705

Sökorden har använts var och en för sig och i kombinationer med varandra som till exempel 1+3, 4+6, 1+2+5, 4+1. En mängd kombinationer av våra sökord prövades och när sökträffarna understeg 100 poster lästes dess abstrakt igenom. Vissa av abstrakten återkom trots de olika sökkombinationerna. Sökning utöver litteratur på elektroniska databaser och internet av specifikt intresseområde bör kompletteras med en manuell sökning (Willman, Stoltz och Bahtsevani, 2006). Därför har författarna även granskat referenslistorna i funnen litteratur och sökt på de aktuella artiklarna som refererats samt deras författare. Artiklarna gav även författarna nya sökord som follow-up clinic/service, liaison och outreach team vilka vi fortsatte att kombinera med tidigare sökord. Författarna har även använt sig av kurslitteraturen samt av specifik intensivvårdslitteratur som sökts manuellt.

Inklusionskriterier har varit artiklar, facklitteratur och läroböcker skrivna på engelska eller svenska som publicerats senare än 1998 och som varit inriktade mot uppföljning av intensivvårdspatienter. Artiklarna kunde vara både kvalitativa och kvantitativa. Peer-review har varit önskvärt men inget krav. Artiklar som inte motsvarat ovanstående kriterier eller har varit inriktade på uppföljning av nyfödda, barn och avlidna intensivvårdspatienter eller mot specifika patientgrupper som t.ex. canceropererade har exkluderats.

Det resulterade i att vi fann 29 stycken artiklar och en bok att granska och kunde efter granskningen utesluta ytterligare 14 stycken artiklar vilket gjorde att 15 artiklar och 3 kapitel av olika författare i en bok används till resultatet.

Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys används för att analysera innehållet i de för studien insamlade data i syfte att identifiera framträdande mönster och kategorier. Vidare innebär kvalitativ innehållsanalys att data bryts ned till enheter och namn sätts på enheterna och sedan sammanställs dessa enheter i kategorier som är representativa för innehållet (Polit & Beck, 2008). Friberg (2006) menar att forskarna granskar artiklarna och analyserar dem och för dem samman till en kunskapsammanställning. Denna sammanställning mynnar sedan ut i en vägledning för praktiskt handlande. Hsieh och Shannon (2005) beskriver tre olika former av kvalitativ innehållsanalys; konventionell, riktad och sammanfattande innehållsanalys. Konventionell innehållsanalys används för att beskriva ett fenomen genom att bryta ned innehållet till delar och sedan kategorisera dem efter dess innehåll. Riktad innehållsanalys används för att stärka eller förkasta ett samband eller en teori. Sammanfattande innehållsanalys används för att identifiera och kvantifiera ord eller innehåll i texten för att förstå själva användningen av orden eller innehållet.

I föreliggande examensarbete har vi valt att utgå från en konventionell innehållsanalys. Analysen börjar med att all text läses igenom flera gånger för att få en förståelse av helheten. Sedan läses texten ord för ord för att få fram koder genom att först framhäva de exakta orden från texten som verkar handla om det valda ämnet. Markering av liknande innehåll görs och innehåll ges ett namn, eller en kod. Koderna sorteras därefter in i underkategorier baserat på hur de olika koderna är besläktade och länkade. De framträdande underkategorier används för att organisera och gruppera i mer övergripande kategorier. Därefter beskrivs varje kategori, underkategori och kod (Hsieh & Shannon, 2005).

Författarna började med att läsa igenom all text för att få en övergripande bild av innehållet. Därefter lästes varje text ord för ord och koder uppkom från texten. Koder som framkom är; dagbok med eller utan uppföljning, uppföljningsmottagning med sjuksköterska och/eller läkare, telefonuppföljning, återbesök på IVA och besök av sjuksköterska på vårdavdelning och kombinationer av ovanstående. Koderna sorterades in i kategorierna dagbok, uppföljningsmottagning, telefonuppföljning och sambandssjuksköterska och definitioner för varje kategori framställdes. Arbetet med analysen har delats lika mellan författarna.

RESULTAT

Forskningen inom området uppföljning är som vi tidigare nämnt i ett begynnelsekede då uppföljningsverksamhet är ett relativt nytt fenomen. Vi har dock funnit - genom granskning av litteraturen - en rad olika sätt att bedriva uppföljning.

Dagbok

Syftet med att föra dagbok för intensivvårdspatienten är att ge en realistisk beskrivning av patientens vårdtid på IVA (Bäckman, 2006), att ge patienten en möjlighet till att kunna återskapa sina minnen (Bäckman & Walter, 2000) och att ge patienten en möjlighet till insikt av sina erfarenheter från IVA (Combe, 2005) samt att kunna användas som ett bevis för patienten på hur sjuk han/hon har varit (Egerod, Schwartz-Nilsen, Hansen & Laerkner, 2007).

En dagbok är ett anteckningsblock som kan vara utformad på olika sätt (Egerod et al., 2007) där personalen skriver ned vad som händer med patienten och hur de reagerar (Roulin, Hurst & Spirig, 2007). Även om patienten har varit förvirrad eller agiterad så bör detta skrivas ned och möjliga förklaringar till tillstånden ges (Bäckman, 2001). Språket i dagboken bör vara rakt (Combe, 2005) och vardagligt (Bäckman, 2006; Storli, Lind & Viotti, 2003). En del avdelningar har riktlinjer för hur skrivandet och innehållet i dagboken bör se ut (Bergbom, Svensson, Berggren & Kamsula, 1999; Egerod et al., 2007; Storli et al., 2003). Vissa kliniker skriver i dagboken flera gånger om dagen t.ex. förmiddag, eftermiddag och natt (Bergbom et al., 1999), andra kliniker skriver bara en gång om dagen (Combe, 2005). Då ett inlägg görs i dagboken bör personalen inte göra det framför patienten då denna i ett stadium av förvirring kan få en olustkänsla (Bergbom et al., 1999).

Dagboken bör inte innehålla medicinsk fakta (Egerod et al., 2007; Storli et al., 2003) utan personalen ska skriva ned det som de tror kan vara viktigt för patienten (Bäckman, 2006) och hur de tror att patienten känner sig (Storli et al., 2003). Närstående erbjuds att läsa och skriva i dagboken men ingen är tvingad till att skriva i den (Bäckman, 2006). Information och hälsningar från närstående handlar om andra familjemedlemmar, saker som patienten är intresserad av till exempel tv-serier och fotbollsresultat (Roulin et al., 2007). Barns teckningar och brev från närstående kan fästas i dagboken (Combe 2005). Viktigt är att alla anteckningar och inlägg signeras och dateras (Bergbom et al., 1999; Bäckman, 2006; Roulin et al., 2007). Start av dagbok sker då den bedöms vara till nytta för patienten och det finns en förväntad vårdtid på över tre dygn på IVA (Storli et al., 2003). Skulle det visa sig att vårdtiden blir längre än vad som var beräknat kan en dagbok startas i efterhand (Bäckman, 2006).

Dagboken inleds med att personalen skriver en kort sammanfattning av händelser som resulterat i inläggning på IVA, den initiala behandlingen och patienten nuvarande status (Bäckman, 2006; Combe, 2005). Närstående uppmuntras att skriva en sammanfattning om vad som hände innan patienten anlände till sjukhus (Bäckman, 2006). Att starta dagbok sker i det flesta fall utan patientens medgivande eftersom de inte alltid kan meddela sig (Storli et al., 2003) och i de fall där det finns närstående så kan medgivande ges ifrån dem till att starta en dagbok (Bergbom et al., 1999; Combe, 2005). En del lämnade skrivlig information och syfte med dagboken till patienterna och närstående i samband med starten (Egerod et al., 2007; Roulin et al., 2007). Vissa dagböcker innehåller fotografier av patienter under intensivvårdstiden (Bäckman, 2006; Egerod et al., 2007; Roulin et al., 2007). En del verksamheter ber om samtycke från patient eller närstående för att ta fotografier (Egerod et al., 2007) medan andra har det som en integrerad del av dagboken (Roulin et al., 2007). Vissa kliniker väntar med att sätta in fotografier tills patienten kan ge sitt samtycke. Fotografierna skall inte vara kränkande,

de skall vara daterade och patienten skall inte vara ensam utan personal eller närstående skall finnas med på fotografierna (Bäckman, 2006).

En del dagböcker avslutas och överlämnas till patienten eller närstående i samband med överflyttning till vårdavdelning (Egerod et al., 2007). Medan andra lämnar dagboken till närstående så att de kan fortsätta att skriva i den på vårdavdelning (Bäckman & Walter, 2000). En del kliniker väljer att behålla dagboken tills patienten kommer på uppföljningssamtal. Om inte patienten vill ha sin dagbok så förstörs den (Storli, Lind & Viotti, 2003). Om patienten avlider så lämnar en del verksamheter ut dagboken till närstående (Bergbom et al., 1999). En dagbok ersätter inte ett personligt uppföljningssamtal mellan patient, närstående och sjuksköterska (Bergbom et al., 1999) men kan med fördel användas som ett underlag för uppföljningssamtal (Storli et al., 2003).

Fördelar med dagbok förutom ovan beskrivna är att närstående kan hålla sig uppdaterade med patientens hälsotillstånd och förändringar. Vidare kan patienter och närstående använda dagboken för att diskutera upplevelser och känslor och bearbeta dem efter vårdtiden (Combe, 2005). Nackdelar kan vara att patienterna är rädda för att läsa dagboken för att den kan frambringa otäcka och skrämmande minnen (Bergbom et al., 1999). Det finns lite forskning om hur patienten mår efter de har läst sin dagbok och risken finns att patienterna har blivit traumatiserade av läsningen om sin egen sjukdomstid (Egerod et al., 2007). Vidare kan information angående besöksmönster leda till besvikelse och såra patienten (Bergbom et al., 1999). En nackdel för personalen kan vara att dagboksskrivande ses som en ytterligare dokumentationsbörda (Egerod et al., 2007).

Uppföljningsmottagning

Syftet med uppföljningsmottagningen är att ge patienten en möjlighet att diskutera sina problem med sjukvårdspersonal som har kunskap om patientens sjukdomstillstånd och som är bekant med avdelningens rutiner (Cutler, Brightmore, Colqhoun, Dunstan & Gay, 2003). Patienter och närstående får diskutera sina upplevelser och problem med sjukvårdspersonal och de erbjuder stöd, råd och hjälp (Crocker, 2003). Patienter som har ett ytterligare behov av rehabilitering eller uppföljning kan också remitteras till rätt klinik (Cutler et al., 2003; Sharland, 2006). Information som fås av patienter kan generera förändringar på avdelningen och förbättra vården av patienterna (Strahan, McCormick, Uprichard, Nixon & Lavery, 2003). Även närstående kan bidra med denna information (Cutler et al., 2003).

De uppföljningsmottagningar som ingår i vår studie skiljer sig i uppbyggnad och struktur. En del mottagningar är multidisciplinära med läkare, sjuksköterska och sjukgymnast (Crocker, 2003), en del mottagningar leds av läkare (Waldmann, 2006) och andra leds av en sjuksköterska (Sharland, 2006). Till mottagningar kan andra professioner vara knutna såsom sjukgymnastik, öron-näsa-halsmottagning, psykolog, kurator, dietist, smärtklinik, urologmottagning och neurologmottagningen (Griffiths, Barber, Cuthbertson & Young, 2006). Vissa mottagningar erbjuder alla sina patienter att komma till mottagningen (Cutler, 2003), andra erbjuder patienter som vårdats över tre dygn (Griffiths et al., 2006) och en del erbjuder patienter som vårdats mer än fyra dygn

på IVA (Crocker, 2003; Sharland, 2006). Första besöket på mottagningen hålls vanligtvis cirka 2 månader efter utskrivningen (Cuthbertson, Rattray, Johnston, Wildsmith, Wilson, Hernandez et al., 2007; Griffiths et al., 2006; Sharland, 2006) och varar i 45 min (Combe, 2005) eller 60 minuter. Om patienten kommer på ett andra besök varar det i en halvtimme (Crocker, 2003; Sharland, 2006).

För att få en bild av hur patienten mår kan mottagningarna använda sig av olika standardiserade eller ickestandardiserade bedömningsinstrument. Detta kan ge en uppfattning om patientens fysiska och psykiska situation, hälsa och livskvalitet (Cuthbertson et al., 2007). Ett komplement till uppföljningsmottagning är att ha en uppföljningssjuksköterska som besöker patienter på avdelningen efter utskrivningen från IVA och samtalar med patienten om hans/hennes upplevelser (Crocker, 2003; Cutler et al., 2003; Sharland, 2006). En fördel med denna modell är att patienten och närstående redan har träffat uppföljningssjuksköterskan på avdelningen och att mottagningsbesöket inte behöver bli ett stelt och opersonligt möte utan blir en fortsättning på en redan etablerad relation. I vissa fall har besöken på avdelningen blivit flera och patienten har inte upplevt behovet av ytterligare uppföljning på mottagning (Cutler et al., 2003). Mottagningsbesöket består av en dialog mellan patient, närstående och den sjukvårdspersonal som medverkar (Crocker, 2003; Cutler et al., 2003). Patienten erbjuds att komma tillbaka till IVA på besök om de anses vara tillräckligt mentalt stabila för att klara av besöket (Cuthbertson et al., 2007). En del mottagningar utförde också undersökningar och kontroller som till exempel MRSA-prov och kreatinin clearance, spirometritest och magnetröntgen på patienter som varit tracheostomerade (Waldmann, 2006). Vid utskrivning från IVA fick patienterna en utskrivningsfolder med information och ett telefonnummer till mottagningen (Crocker, 2003; Cutler et al., 2003; Sharland, 2006). Ibland lämnades en öppen inbjudan till mottagningen, patienten eller närstående kunde då höra av sig om det uppkom problem eller frågor (Cutler et al., 2003).

Fördelarna som nämns med uppföljningsmottagning är att patienterna får prata om sina känslor och upplevelser av vårdtiden på IVA (Cuthbertson et al., 2007). Det bidrar även till att avdelningen kan utvecklas och förändra sitt arbete till det bättre (Crocker, 2003). Många patienter upplevde att de hade nytta av en uppföljningsmottagning för att de kunde få svar på sina frågor och diskutera sina problem (Waldmann, 2006). Uppföljningen gör det möjligt att hitta de patienter som har behov av ytterligare åtgärder för att förbättra sin hälsa och livskvalitet (Griffiths et al., 2006). Nackdelar som presenterats med uppföljningsmottagning är kostnaden för att driva den (Cutler et al., 2003) och att en mottagningsverksamhet är inget som bara startas och det tar tid att utveckla verksamheten (Crocker, 2003). Det finns även speciella behov av utrustning och praktiska saker, som en lämplig lokal, personal med utbildning, sekreterare, dator, telefon med telefonsvarare (Sharland, 2006).

Telefonuppföljning

The Royal North Shore Hospital i Australien har valt att följa upp sina intensivvårdspatienter med en telefonintervju som görs cirka två månader efter utskrivningen. Syftet med uppföljningen är att erbjuda ett forum för patienterna att diskutera frågor relaterade till deras vårdtid och hur deras livssituation fungerat efteråt. Ett semistrukturerat frågeformulär används vid intervjuerna som utförs av en erfaren

intensivvårdssjuksköterska med utbildning i rådgivning. Efter intervjun görs en sammanfattning av vad som framkommit under samtalet och sparas i ett speciellt datasystem på IVA. Under samtalet som varierar mellan fem minuter och en timma så erbjuds patienten att besöka IVA tillsammans med sjuksköterskan och de flesta tackar ja till detta. Patienten får då en sammanfattning av sin vårdtid och beskrivningar av behandlingar som utförts. Sjuksköterskan kan hänvisa patienten vidare till andra instanser och ge information och råd angående kost, motion och hälsa. Uppföljningen uppskattas av patienter och personal. Personalen har upplevt en stor tillfredsställelse i att få tala med patienterna som tillfrisknat, vilket höjt deras arbetsmoral och givit dem en större förståelse av konsekvenserna av att vara svårt sjuk (Moran, Elliott & McKinley, 2004).

Sambandssjuksköterska (eng. liaison nurse)

På grund av den platsbrist som existerar på många intensivvårdsavdelningar skrivs patienterna ut tidigare mot bakgrund av vem som har minst behov av intensivvård och det leder till att patienterna inte alltid är avdelningsklara (Barbetti & Choate, 2003). Vilket betyder att patienterna flyttas från IVA sjukare och kan komma att behöva utökad vård på avdelningen. Det är inte säkert att avdelningspersonalen har rätt utbildning och kunskap för detta. Syftet med en sambandssjuksköterska är att underlätta för patienten vid överflyttningen från IVA till vårdavdelning och minska deras ångest i samband med detta (Chaboyer, Foster, Foster & Kendell, 2003). Sambandssjuksköterskan ger praktiska råd och känslomässigt stöd till patienter och närstående både före och efter utskrivning från IVA (Chaboyer, Thalib, Alcorn & Foster, 2007) och kan även underlätta utskrivning av intensivvårdspatienter och förebygga återinläggningar (Barbetti & Choate, 2003). Sjuksköterskan skall vara en resursperson som har kunskap, erfarenhet och utbildning och kan ge stöttning och råd till avdelningspersonal (Chaboyer et al., 2003). Sambandssjuksköterskan fokuserar till skillnad från uppföljningsjuksköterska på utbildning och stöttning av avdelningspersonal med syftet att minska risken för försämring för patienten (Cutler et al., 2003).

Fördelar med sambandssjuksköterska är att det ger en ökad trygghet för patienter och närstående och minskar deras ångest inför att flytta till vårdavdelning (Barbetti & Choate, 2003). De kan vara en resurs för avdelningspersonalen så att patienterna inte riskerar återinläggningar till IVA (Barbetti & Choate, 2003; Chaboyer et al., 2003). Andra fördelar är att kommunikationen mellan intensivvårdspersonal och avdelningspersonal stärks och samarbetet förbättrades (Barbetti & Choate, 2003; Cutler et al., 2003). En nackdel med sambandssjuksköterska är att fokus läggs mer på medicinsk uppföljning som hur patienten förbättras rent fysiskt (Barbetti & Choate, 2003; Chaboyer et al., 2003).

Vår handlingsplan för uppföljning

- Arbetet med uppföljningen bör ledas av en intensivvårdssjuksköterska med gedigen erfarenhet av intensivvård och med intresse av uppföljningsfrågor. Det är önskvärt att sjuksköterskan som håller i samtalen på mottagningen har utbildning i rådgivning och samtalsmetodik.

- De fördelar med dagbok som presenterats kan inte förbises då dessa även kan utgöra ett stöd för närstående och med fördel användas i uppföljningsamtal. Med stöd av detta rekommenderar vi att en dagbok med fotografier startas på de patienter som beräknas få en vårdtid på över tre dygn på IVA. Har en dagbok inte startats innan den tredje dagen ansvarar den sjuksköterska som vårdar patienten för att en dagbok startas på dygn tre.
 - Samtycke till start av dagbok är önskvärt men inte nödvändigt, däremot skall den förstöras om patienten inte vill ta del av den. Språket ska vara enkelt, tydligt, rakt och bör hållas fri från medicinsk fakta. Om medicinska ord eller termer används skall de förklaras på ett bra sätt och nämns medicinteknisk utrustning i texten bör en bild av denna föras in i dagboken och förklaras.
 - Inläggen skall vara daterade och signerade.
 - Syftet med dagboken och information om hur patient och närstående kan komma i kontakt med IVA och uppföljningspersonal skall finnas förtryckt i dagboken.
 - Närstående ska uppmuntras att skriva och läsa dagboken kontinuerligt.
 - Fotografier skall tas med beaktande av värdighet och patienten skall inte vara ensam på fotografierna. Syns medicinskt teknisk utrustning på fotografierna ska det finnas en förklaring till dess användning och funktion.
 - Vid utskrivning lämnas dagboken till patient, närstående eller avdelningspersonal så att de kan fortsätta att anteckna i den.
 - Avlider patienten skall närstående erbjudas att få ta del av dagboken.
- En sjuksköterska som ingår i uppföljningsenheten försöker att prata med patienten och närstående innan utskrivning och besöker sedan patienten på avdelning en till tre dagar efter utskrivningen från IVA. Sjuksköterskan fortsätter att besöka patienten minst en gång i veckan så länge patienten är inskriven på sjukhuset.
- Patienter eller närstående aktuella för uppföljning är de som vårdats över tre dygn på IVA, de som själva uttryckt ett behov, eller där personal anser att ett behov föreligger.
 - En inbjudan till uppföljningsmottagningen skickas ut och de erbjuds att komma på besök två månader efter utskrivning från IVA. Deltagandet är frivilligt. Patienterna ska ha varit utskrivna från sjukhuset i över en månad, annars skjuts mötet upp. För att patienten behöver tid på sig att anpassa sig till sin nya situation.

- I mötet som är avsatt till en timme ska dagboken användas som ett underlag till diskussion mellan patient, närstående och personal.
 - Specifika frågor och frågeställningar som är av intresse för kliniken kan med fördel användas som stöd under uppföljningsbesöket för att få kunskap om hur patient och närstående upplevt vårdtiden på IVA.
 - Fysisk och psykisk situation, livskvalitet och upplevd hälsa bedöms med standardiserade bedömningsinstrument. Det ges inga förslag på bedömningsinstrument i denna studie då det inte finns ett självklart val. De olika bedömningsinstrument som kan komma ifråga för intensivvårdspatienter bör studeras mer ingående för en eventuell implementering i uppföljningsarbetet.
 - Framkommer det frågor av medicinsk karaktär angående vårdtiden tillkallas läkare för att besvara dessa. Uppdagad behov som inte kan tillgodoses av uppföljningsmottagningen kan remiss skrivas till rätt instans.
 - Under besöket erbjuds patienten och närstående att besöka IVA tillsammans med sjuksköterskan.
- Upplever patienten att ytterligare behov av uppföljning föreligger bokas en tid inom sex månader annars avslutas uppföljningen från intensivvårdsavdelningens sida. Telefonnummer till mottagningen, e-postadress och postadress lämnas med uppmuntran om kontakt om frågor eller behov senare skulle uppstå.

DISKUSSION

Som blivande intensivvårdssjuksköterskor tvivlar vi inte på att vårdtiden på IVA påverkar intensivvårdspatienten på en rad olika sätt efteråt. Uppföljning bör därför göras av patienter som vårdats på IVA för att lindra och förebygga lidande och hjälpa patienten tillbaka till en rimlig nivå av hälsa och livskvalitet. Enligt Eriksson (1994) hävdar att för att minska lidandet måste det skapas en vårdkultur där patienten känner sig välkommen, respekterad och vårdad. Enligt författarna är implementering av denna handlingsplan ett steg i rätt riktning.

Resultatdiskussion

Ratray och Crocker (2007) menar att IVA bedriver dyr vård och skriver sedan ut patienterna utan någon eller med lite uppföljning. Larsson och Rubertsson (2006) hävdar att ett vårdtygn på IVA kostar mellan 25 000 – 35 000 svenska kronor vilket innebär att samhället har investerat enorma summor, under vårdtiden på IVA. Beaktas det ur ett strikt samhällsekonomiskt perspektiv är det ett enormt resursslöseri att inte

undersöka hur patienterna påverkats och att försöka hjälpa dem ytterligare till en för individen acceptabel livskvalitet. Crocker (2003) hävdar även att kunskapen som fås vid uppföljning är ett sätt att utveckla vården. Enligt vår åsikt visar det att uppföljning ger en utveckling av vården vilket kan minska kostnaderna för samhället och minskad ohälsa för patienten. Uppföljningsarbetet borde mot bakgrund av vinsterna ur ett individ-, samhälls- och vårdutvecklingsperspektiv vara tunga argument till alla verksamheter inom intensivvård.

Författarna anser att dagboken är en genialisk idé i sin enkelhet med att försöka att ge patienterna en realistisk beskrivning av sin vårdtid och återskapa minnen. Används den också som underlag i uppföljningssamtalet får den en ytterligare bredd. Egerods et al., (2007) resonemang om att använda dagboken som ett bevis för patienten på hur sjuk han/hon har varit är enligt författarna ett utmärkt hjälpmedel för att strukturera upp patientens verkliga och överkliga minnen och upplevelser. Viktigt enligt författarna är det faktum att närstående också kan ha nytta av dagboken under och efter vårdtiden.

De juridiska betänkligheterna angående fotografier av intensivvårdspatienterna måste få en lösning. Olika tolkningar i landstingen sprider en osäkerhet inom verksamheten som i vissa fall leder till att fotografier inte används. Önskvärt är att en översyn av detta görs och nationella riktlinjer införs eftersom fotografierna på patienten i denna miljö utgör ytterligare ett bevis på hur sjuk patienten varit. Det är även viktigt som Combe (2003) framhåller, att ha i beaktande hur fotografierna tas och hur de sedan hanteras. Nackdelar med att skriva dagbok ligger i svårigheterna att uttrycka sig i skrift och att den kan upplevas som ytterligare en dokumentationsbörda. Det är viktigt att det finns en uppföljning av dagboken tillsammans med patienterna. Finns ingen uppföljning av dagboken så fås ingen information om den lästs, hjälpt eller påverkat patient och närstående på något sätt.

Fördelarna med uppföljningsmottagning som presenteras är att mottagning gör det möjligt att kombinera en rad olika uppföljningsåtgärder. Dagboken kan vara en central del i samtalet och möjligheten finns att möta patienten och närstående på ett sätt som uppmuntrar till samtal om erfarenheter, upplevelser och känslor under och efter vårdtiden. Det är lätt att kunna erbjuda ett besök på IVA för att ge patienten en chans att bearbeta sina minnen. Är patienten på plats är det lätt att ta prover och göra olika undersökningar. Vilket gör att uppföljningsmottagning kan bestå av en mängd olika kliniker med olika undersökningar och interventioner. Enligt författarna är det viktigt med en tvärprofessionell uppföljningsmottagning för att garantera att patienten får störst nytta av verksamheten. Rattray och Crocker (2007) menar att intensivvårdspersonal kan bidra med hjälp till att förstå intensivvårdspatientens händelser men att de inte är de rätta att ställa diagnos eller att behandla psykiska och fysiska symtom. Vi delar denna åsikt, eftersom ett samarbete redan är etablerat mellan olika kliniker inom intensivvården så behöver bara samarbetet fördjupas och förändras för att få en väl fungerande uppföljningsklinik. Samtidigt saknas det idag intensivvårdsjuksköterskor och är det då försvarbart att avvara sjuksköterskor till uppföljningsmottagningar och återbesök annat än vid speciella tillfällen? Vilka skulle dessa tillfällen vara? En annan viktig frågeställning som Griffith et al. (2006) tar upp är om intensivvårdspersonal verkligen är mest lämpad att bedriva uppföljningsverksamhet och att mer forskning behövs på området. Vi anser att det är viktigt att den personal som håller i

uppföljningsverksamheten är intresserad av ämnet och har stor erfarenhet av intensivvård. Utbildningsmässigt anser vi att personalen med fördel ska ha utbildning i samtalsmetodik och rådgivning för att kunna möta de behov som patienterna kan uttrycka. Då det är vår uppfattning att det ställs höga krav på sjuksköterskans kunskaper och färdigheter i dessa ämnen i uppföljningsverksamheten.

Idag är naturligt och vedertaget att bedriva uppföljningsverksamhet för hjärtsjuka patienter och neurologiskt sjuka patienter. Klinikerna har också uppvisat kostnadseffektivitet genom en minskning av antalet återinläggningar, minskning av läkarbesök och minskad ångestproblematik för patienterna (Waldmann, 1998). Enligt författarna är nästa steg att ge klara och tydliga bevis på att uppföljning av intensivvårdspatienter innefattar samma fördelar och förhoppningsvis fler där till. Under uppföljningsbesöket då patienterna skattas för olika tillstånd och riskfaktorer är det av största vikt att använda sig av standardiserade bedömningsinstrument och att uppföljningsprogrammen har samma struktur för att kunna jämföra och utvärdera resultaten mellan olika uppföljningskliniker. Detta resonemang förs av bland annat Rattray och Crocker (2007) och är enligt författarna viktigt att ha i åtanke inför utvecklingen av ämnesområdet.

Telefonuppföljning är den metod av uppföljning som vi funnit minst litteratur om. Viktigt att påpeka är att artikeln som beskriver telefonuppföljning har kombinerat det med annan uppföljningsverksamhet som avdelningsbesök om önskemål fanns, rådgivning i fråga om hälsa och rehabilitering samt hänvisning till olika verksamheter för att hjälpa till med att lösa uppkomna problem. De data som insamlats under telefonuppföljningen har resulterat i ett "hemmabaserat" fysiskt rehabiliteringsprogram som kommer att utvärderas inom en snar framtid. Artikeln av Moran et al., (2004) framhäver också de vinster med uppföljning som personalen rapporterat om. Vinsterna utgörs av en ökad förståelse hos personalen för vad det innebär att vara intensivvårdspatient och hur det påverkar patienten efter utskrivning samt en ökad känsla av tillfredställelse i att få tala med patienterna som tillfrisknat, vilket resulterat i en höjd arbetsmoral. Enligt författarna är det ett uppenbart bevis för att uppföljningsverksamheten även kan gagna personalen. Nackdelar med telefonuppföljning presenteras inte i Morans et al. (2004) artikel. Författarna till föreliggande examensarbete kan dock tänka sig att en nackdel kan vara att samtalet till patienten kommer vid en för denne olämplig tidpunkt. Det skulle enligt författarna kunna ge missvisande data om patientens tillstånd.

En sambandssjuksköterska har inte riktigt en uppföljningsfunktion i den bemärkelsen som vi eftersökt och befinner sig i gränsland för uppföljning. Den underlättar för patient, närstående och vårdavdelningspersonal vid överflyttning men har enligt författarna mer fokus på medicinska frågor än patientens välbefinnande. Det finns många olika grupper av intensivvårdspersonal som syftar till att stödja och underlätta för andra verksamheter inom akutvård. Team och grupper som kan vara aktuella för intensivvårdspersonal är hjärtlarmsteam, traumateam, mobil intensivvårdsgrupp, post intensivvårdsgrupp, sjukvårdsgrupp och ett uppföljningsteam. Vilket betyder att det är viktigt att hålla isär begrepp och funktion för var och en av dessa grupper. Erfarenhetsmässigt vet vi att det krävs mycket tid till planering, övning och

genomförande för att få till stånd en varaktig verksamhet som producerar bra resultat och för att upprätthålla kompetensen inom de olika verksamhetsområdena.

Vårt förslag till handlingsplan är en rekommendation. Men det är vår fasta övertygelse att handlingsplanen skulle vara ett steg i rätt riktning mot en god, heltäckande och lyckad uppföljningsverksamhet. Kombinationen av de olika uppföljningsmetoderna bildar en helhet och angriper problemen från flera riktningar. Det blir lättare att upptäcka den problematik som kan omgärda patienter och närstående och ger en möjlighet att identifiera de som är i störst behov av uppföljning. Enligt författarna är det viktigt att all uppföljningsverksamhet sker på en frivilligbasis och att uppföljningsmottagning har ett patientperspektiv. Patienter och närstående skall lätt kunna komma i kontakt med mottagningen. Författarna är förvånade över att ingen artikel nämner e-post eller internet. Något som vi har tagit fasta på och infört i vår handlingsplan eftersom fler och fler använder sig av elektronisk kommunikation.

En tvärprofessionell uppföljningsmottagning och de fördelar det innebär med en kliniks gränsöverskridande arbete är enligt författarna oslagbart. Patienten och deras närstående är i fokus och rätt insatser kan snabbt och enkelt utföras. Författarna anser att det är en intressant diskussion som Griffith et al. (2006) för angående intensivvårdspersonalens lämplighet till att bedriva uppföljnings verksamhet. Med detta som bakgrund anser vi att det är än viktigare att den verksamhet som bedrivs skall vara av tvärprofessionell karaktär. Sjukgymnast, dietist, arbetsterapeut, logoped, kurator, psykolog och sjukhuspräst är alla specialister på sitt område och har gedigen kunskap och kompetens som skall fortsätta att nyttjas även under ett uppföljningsarbete. Likaså gäller det kliniker med specialkompetens inom sina områden till exempel öron-näsahalsmottagning, kirurgmottagning, medicinmottagning, ortopedmottagning, neurologimottagning, urologimottagning, smärtenhet och psykiatrisk mottagning. Den kostnad och kompetensförlust för avdelningen som det innebär att frigöra en erfaren intensivvårdssjuksköterska måste dock beaktas. Särskilt viktigt är det att denna diskussion förs då det nu råder brist på specialistutbildade sjuksköterskor inom intensivvård. Författarna anser det också är av största vikt att medel till uppföljningsmottagningar inte tas ur befintliga anslag till IVA vilket skulle kunna påverka kärnverksamheten.

Kvalitetssäkring är något som författarna efterlyser då forskningen som finns på området är svår att överblicka och det är svårt att jämföra olika klinikers arbete med varandra. Forskning behövs även för att påvisa de vinster som faktiskt görs via en uppföljningsverksamhet. Ytterligare ett forskningsområde som författarna efterlyser är att presentera de förändringar som genomförts till följd av den kunskap som erhållits från tidigare intensivvårdspatienter och deras närstående.

Metoddiskussion

Valet att göra en litteraturgranskning föll sig naturligt då vi haft en begränsad tid för arbetet. Litteraturöversikt är även en bra metod för att göra en sammanfattning av forskningsområden och arbeten kan utgöra en grund för implementering i en verksamhet enligt Polit och Hungler (1999). Vi anser att det varit svårt att skilja på och presentera de olika stressorer och faktorer som påverkar patienten under och efter

vårdtiden på IVA eftersom många av faktorerna går in i och eller påverkar/samverkar med varandra. Vi har funnit många olika indelningar och många olika benämningar på riskerna och valde att kategorisera och presentera dem som underrubriker. Att presentera dem på detta sätt gör det mer övergripande och åskådliggör den komplexa situationen det innebär att vara en intensivvårdspatient.

Diskussioner kan föras om vad som är nytt av det som presenteras i vårt resultat men författarna anser att det har bringat en klarhet i de möjligheter och modeller som finns beskrivna i litteraturen. Resultatet har även givit en klarhet i vad som skall ingå i ett bra uppföljningsarbete. Enkätundersökningar har inte varit relevant att göra då syftet inte var att mäta förekomsten av uppföljning av intensivvårdspatienter utan se på de tillbuds stående metoder och modeller. Problem som vi stött på under detta arbete är den brist på vetenskapliga artiklar inom området. Många artiklar är sammanfattningar från erfarenheter av den egna verksamheten vilka är svåra att tolka som vi tidigare nämnt. Andra är sammanfattningar av redan publicerat material samt fokusering på problemet med att patienterna har sämre livskvalitet efter sin vårdtid på IVA. Ett flertal studier har valts bort då vår ambition var att använda vetenskapligartiklar och att inte använda artiklar som publicerats för mer än tio år sedan. Artiklarna som har lästs men inte används i resultatet har dock gett oss insikt i problemområdet och i vissa fall även tillvägagångssätten att bedriva uppföljning av intensivvårdspatienter.

SLUTSATS

Patienter som vårdats på IVA kan uppleva problem efter utskrivningen med till exempel stress, sömnsvårigheter, delirium och PTSD vilket kan leda till en försämrad livskvalitet och ett ökat lidande. Vår handlingsplan för uppföljning som presenteras innehåller en bredd och ett djup som författarna inte funnit i granskad litteratur. Med en dagbok i kombination med uppföljning på avdelning och mottagning hoppas författarna kunna minska lidandet och hjälpa patienten tillbaka till en rimlig nivå av hälsa och livskvalitet.

REFERENSER

- 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 and Critical Care Nursing*, 20(5), 257-263.
- Almerud, S., Alapack, R.J., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2007). Of vigilance and invisibility – being a patient in technologically intense environments. *Nursing in Critical Care*, 12(3), 151-158.
- Barbetti, J. & Choate, K. (2003). Intensive care liaison nurse service: implementation at a major metropolitan hospital. *Australian Critical Care*, 16(2), 46-52.
- Bergbom, I., Svensson, C., Berggren, E. & Kamsula, M. (1999). Patients' and relatives' opinions and feelings about diaries kept by nurses in an intensive care unit: pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15(4), 185-191.
- Broomhead, R. & Brett, S. (2002). Clinical review: Intensive care follow-up – what has it told us? *Critical Care*, 6(5), 411-417.
- Bäckman, C. & Walter, S. (2001). Use of a personal diary written on the ICU during critical illness. *Intensive Care Med*, 27(2), 426-429.
- Bäckman, C. (2006). Patient diaries in ICU. In Griffiths, R. & Jones, C. (Eds.), *Intensive Care Aftercare* (s. 125-129). Rochester: Genesis Typesetting.
- Chaboyer, W., Foster, M. M., Foster, M. & Kendell, E. (2003). The Intensive Care Unit liaison nurse: towards a clear role description. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20(2), 77-86.
- Chaboyer, W., Thalib, L., Alcorn, K. & Foster, M. (2007). The effect of an ICU liaison nurse on patients and family's anxiety prior to transfer to the ward: A intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(6), 362-369.
- Combe, D. (2005). The use of patient diaries in an intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 10(1), 31-34.
- Corrigan, I., Samuelsson, K., Fridlund, B. & Thomé, B. (2007). The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(4), 206-215.
- Coyer, F., Wheeler, M., Wetzig, S., & Couchman, B. (2007). Nursing care of the mechanically ventilated patient: what does the evidence say? Part two. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(2), 71-80.

- Crocker, C. (2003). A multidisciplinary follow-up clinic after patients' discharge from ITU. *British Journal of Nursing*, 12(15), 910-914.
- Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. (7:e utgåvan). Stockholm: Natur och Kultur.
- Cuthbertson, B., Rattray, J., Johnston, M., Wildsmith, A., Wilson, E., Hernandez, R., Ramsey, C., Hull, A., Norrie, J. & Campbell, M. (2007). A pragmatic randomised, controlled, trial of intensive care follow up programmes in improving longer-term outcomes from critical illness. The PRACTICAL study. *BMC Health Services Research*, 7, 116-122.
- Cutler, L., Brightmore, K., Colqhoun, V., Dunstan, J. & Gay, M. (2003). Developing and evaluating critical care follow-up. *Nursing in Critical Care*, 8(3), 116-125.
- Daffurn, K., Bishop, G., Hillman, K. & Bauman, A. (1994). Problems following discharge after intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 10(4), 224-251.
- Egerod, I., Schwartz-Nielsen, K., Hansen, M. & Laerkner, E. (2007). The extent and application of patient diaries in Danish ICUs in 2006. *Nursing in Critical Care*, 12(3), 159-167.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm Liber AB.
- Fredriksen, S-T. & Ringsberg, K. (2007). Living the situation stress-experiences among intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3), 124-131.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Granberg, A., Bergbom Engberg, I. & Lundberg, D. (1998). Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14(6), 294-307.
- Granberg, A., Bergbom Engberg, I. & Lundberg, D. (1999). Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15(1), 19-33.
- Granberg-Axèll, A., Bergbom, I. & Lundberg, D. (2001). Clinical signs of ICU syndrome/delirium: an observational study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17(2), 72-93.
- Griffiths, J., Barber, V., Cuthbertson, B. & Young, J. (2006). A national survey of intensive care follow-up clinics. *Anaesthesia*, 61(10), 950-955.
- Griffiths, R. & Jones, C. (2007). Delirium, cognitive dysfunction and posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 20(2), 124-129.

- Hsieh, H-F. & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Jacobi, J., Fraser, G., Coursin, D., Riker, R., Fontaine, D., Wittbrodt, E., et al. (2002). Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critical ill adult. *Critical Care Medicine*, 30(1), 119-141.
- Jones, C., Griffiths, R., Humphris, G. & Skirrow, P. (2001). Memory, delusion, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine* 29(3), 573-580.
- Larsson, A. & Rubertsson, S. (2005). *Intensivvård*. Stockholm: Liber AB.
- Löf, L., Berggren, L. & Ahlström, G. (2005). Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay – 3 and 12 months after discharge. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(3), 154-166.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M. & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), 27-36.
- Moran, D., Elliott, R. & McKinley, S. (2005). The Royal North Shore Hospital ICU nurse initiated telephone follow-up service. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(1), 47-50.
- Morse, J. (1991). *Qualitative Nursing Research A Contemporary Dialogue*. Rev. ed. Newbury Park: Sage Publications.
- Nationalencycledin (2008):
http://ne.se.lib.costello.pub.hb.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=212325&i_word=intensivv%e5rd. 2008-01-30.
- Pattison, N., Dolan, S., Townsend, P. & Townsend, R. (2007). After critical care: a study to explore patients' experiences of follow-up service. *Journal of Critical Nursing*, 16(11), 2122-2131.
- Polit, D. & Tatano Beck, C. (2008). *Nursing Research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8:e uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. & Hungler, B. (1999). *Nursing Research – Principles and Methods*. (6:e uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rattray, J. & Crocker, C. (2007). The intensive care follow-up clinic: current provision and future direction? *Nursing in Critical Care*, 12(1), 1-3.

- Ridley, A., Chrispin, P. Scotten, H., Rogers, J. & Lloyd, D. (1997). Changes in quality of life after intensive care: comparison with normal data. *Anaesthesia*, 52(3), 195-202.
- Roulin, M-J., Hurst, S. & Spirig, R. (2007). Diaries written for ICU patients. *Qualitative Health Research*, 17(7), 893-901.
- Samuelsson, K., Lundberg, D. & Fridlund B. (2007). Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care*, 12(2), 93-104.
- Sawdon, V., Woods, I. & Proctot, M. (1995). Post-intensive care interviews: implications for future practice. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11(6), 329-332.
- Socialstyrelsens Allmänna råd; Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor. 1995:5
- Sharland, C. (2006). Setting up a nurse-led clinic. In Griffiths, R. & Jones, C. (Eds.), *Intensive Care Aftercare* (s. 96-113). Rochester: Genesis Typesetting.
- Storli, S., Lind, R. & Viotti, I-L. (2003). Using diaries in intensive care: A method for following up patients. *The World of Critical Care Nursing*, 2(4), 103-108.
- Strahan., E. & Brown, R. (2004). A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(3), 160-171.
- Strahan, E., McCormick, J., Uprichard, E., Nixon, S. & Lavery, G. (2003). Immediate follow-up after ICU discharge: establishment of a service and initial experiences. *Nursing in Critical Care* 8(2), 49-55.
- Waldmann, C. (1998). Intensive after care after intensive care. *Current Anaesthesia and Critical Care*, 9(3), 134-139.
- Waldmann, C. (2006). Setting up a doctor-led clinic. In Griffiths, R. & Jones, C (Eds.), *Intensive Care Aftercare* (s. 89-95). Rochester: Genesis Typesetting.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1

Översikt av analyserade artiklar:

Artikel	Problem och syfte	Metod	Resultat	Diskussion
<p>Titel: The extend and application of patient diaries in Danish ICUs in 2006</p> <p>Författare: Egerod, I., Schwartz-Nielsen, K., Hansen, G. & Laerkner, E.</p> <p>Tidskrift: Nursing in Critical Care, 12</p> <p>Årtal: 2007</p>	<p>Syftet var att beskriva omfattning och användning av patientdagbok på danska intensivvårdsavdelningar under 2006.</p>	<p>Kvalitativa telefonintervjuer med en semistrukturerad intervjuguide.</p> <p>Kvalitativ tematisk analys enligt Crabtree.</p>	<p>19 av 48 (40%) danska intensivvårdsavdelningar använde dagbok.</p> <p>Artikeln sammanfattar vad de olika dagböckerna representerar och innehåller</p>	<p>Dagboken användes utan att vara en del i en plan om uppföljning av intensivvårdspatienten.</p>
<p>Titel: The use of patient diaries in an intensive care unit</p> <p>Författare: Combe, D.</p> <p>Tidskrift: Nursing in Critical Care, 10</p> <p>Årtal: 2005</p>	<p>Många patienter upplever posttraumatiskt stressyndrom efter intensivvård och detta kan bero på brist av minnen av vårdtiden.</p>	<p>Dagbok implementerades och en uppföljning gjordes 2, 6 och 12 månader efter utskrivning.</p>	<p>Det första resultatet är positivt. Fördelar med dagboken är till exempel att patienten kunde förstå vad som skett och att det ökade kommunikationen mellan familjemedlemmar.</p>	<p>Användning av en dagbok rekommenderas starkt men mer forskning på området behövs.</p>
<p>Titel: Use of a personal diary written on the ICU during critical illness</p> <p>Författare: Bäckman, C. & Walter, S.</p> <p>Tidskrift: Intensive Care Med, 27</p> <p>Årtal: 2001</p>	<p>Syftet var att utforska användningen av dagboken som hjälpmedel vid debriefing av patienter och närstående efter intensivvård.</p>	<p>Observation studie. Analysmetod presenteras ej i studien.</p>	<p>Alla patienter eller närstående hade läst dagboken efter utskrivning och alla deltagare ansåg att det hade hjälpt dem att förstå deras tid på IVA.</p>	<p>Att investera i en dagbok och att skriva några minuter varje dag tillsammans med ett uppföljningssamtal kan hjälpa patienter och närstående att få klarhet i sina minnen.</p>

<p>Titel: Using diaries in intensive care: A method for following up patients</p> <p>Författare: Storli, S., Lind, R. & Viotti, I-L.</p> <p>Tidskrift: The World of Critical Care Nursing, 2</p> <p>Årtal: 2003</p>	<p>Patienter minns IVA som blandning av verkligheter, tidigare upplevelser och levande drömmar och många har svårt att bringa ordning bland sina upplevelser.</p>	<p>Sammanfattning av uppföljningsprogrammet med dagbok och uppföljningssamtal på IVA Tromsø</p>	<p>En dagbok skrivs av sjuksköterskor som lämnas till patienten, ett uppföljningssamtal i form av ett möte mellan patienten och en sjuksköterska från IVA, ett besök på IVA och ett personalmöte där patienternas upplevelser diskuterades.</p>	<p>Eftersom kunskap finns om att patienter har svårt att få klarhet i sina minnen efter vårdtiden så har personalen en skyldighet att hjälpa patienten. Mer forskning behövs inom området.</p>
<p>Titel: Developing and evaluating critical care follow-up</p> <p>Författare: Cutler, L., Brightmore, K., Colqhoun, V., Dunstan, J. & Gay, M.</p> <p>Tidskrift: Nursing in Critical Care, 8</p> <p>Årtal: 2003</p>	<p>Patienter och närstående påverkas inte bara under vårdtiden på IVA utan även efteråt. Det finns forskning som visar att dessa patienter kan ha nytta av en uppföljningsklinik.</p>	<p>Sammanfattning av uppföljningsmottagning på IVA i Bassetlaws, Doncaster. Hur den inrättades och vad deras utvärdering har visat.</p>	<p>De har valt att följa upp alla patienter, alla patienter behövde inte komma ned till kliniken utan det räckte med ett besök av sjuksköterskan på vårdavdelningen.</p>	<p>Det uppkom flera olika faktorer som skulle kunna förändras. Uppföljning av närstående till patienter som avlidit. De skall göra en del förändringar som kan leda till förbättring. De funderar även över att ha uppföljningen i hemmet.</p>
<p>Titel: A multidisciplinary follow-up clinic after patients' discharge from ITU</p> <p>Författare: Crocker, C</p> <p>Tidskrift: British Journal of Nursing, 12</p> <p>Årtal: 2003</p>	<p>Det är numera känt att patienter möter fysiska och psykiska problem efter vårdtiden på IVA. Genom att be patienterna komma tillbaka kan de få prata om sina upplevelser och personalen kan ge råd och stöd.</p>	<p>En sammanfattning av uppföljningskliniken på IVA i Nottingham Citys.</p>	<p>Presenterar vilken roll som sjuksköterska, läkare, sjukgymnast och arbetsterapi har i deras uppföljningsklinik samt vilka fysiska problem som patienten kan uppleva efter intensivvård.</p>	<p>Målet är att strata ett rehabiliteringsprogram för patienter som vårdats på IVA. Patienter och närstående ger värdefull information som kan användas för att förbättra vården.</p>
<p>Titel: Immediate follow-up after ICU discharge: estabilment of a sevice and initial experiences</p> <p>Författare: Strahan, E., McCormick, J., Uprichard, E., Nixon, S. & Lavery, G</p> <p>Tidskrift: Nursing in Critical Care, 8</p> <p>Årtal: 2003</p>	<p>Utan uppföljning vet personalen inte vad som händer med patienterna utan att de antingen avlider eller skrivs ut från sjukhuset.</p>	<p>Intervjuer med hjälp av ett frågeformulär utformat av uppföljningsteamet på Royal Victoria sjukhus i Belfast. Kvalitativ innehållsanalys enligt Polit och Hungler och Morse.</p>	<p>Patienter kunde uppleva psykiska (obehagliga drömmar, rädsla, koncentrations-svårigheter) och fysiska (trötthet, smärta, stort sömnmönster) problem.</p>	<p>Uppföljningen på Royal Victoria sjukhus fortsätter att utvecklas och har gett en bättre relation med vårdavdelningspersonal. Fokus ligger numera mer på de psykiska problemen som patienter upplever.</p>

<p>Titel: Diaries written for ICU patients Författare: Roulin, M-J., Hurst, S. & Spirig, R. Tidskrift: Qualitative Health Research, 17 Årtal: 2007</p>	<p>Genom att läsa dagböcker få en ökad förståelse för de möjliga fördelarna för patient och närstående som dagbok kan ha.</p>	<p>Kvalitativ innehållsanalys enligt Miles och Huberman av åtta dagböcker skrivna av personal och närstående.</p>	<p>En huvudkategori formades; dela genom vårdtiden och fyra teman identifierades; dela berättelsen, dela närvaro, dela känslor och dela genom stöd.</p>	<p>Dagboken är mer än en berättelse av händelser, de är en vårdande aktivitet. Texterna var skrivna som om patienter var delaktig i kommunikationen.</p>
<p>Titel: The Intensive Care Unit liaison nurse: towards a clear role description Författare: Chaboyer, W., Foster, M. M., Foster, M. & Kendall, E. Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing, 20 Årtal: 2004</p>	<p>Syftet var att utveckla en tydligare rollbeskrivning för sambandssjuksköterskan (eng. liaison nurse).</p>	<p>Kvalitativ studie med djup- och semistrukturerade intervjuer med sex sambandssjuksköterskor från Australien. Kvalitativ tematisk analys enligt Mason.</p>	<p>Sambandssjuksköterskans främsta mål var att underlätta överflyttningen från IVA till vårdavdelningen. Specifika uppgifter varierade men deras syfte var uppföljning av patienter. Fyra kategorier uppkom: utbildning och stöd till vårdavdelningspersonal, nära samarbete med vårdavdelning, omvårdnad och stöd till patienter samt utbildning och stöd till närstående.</p>	<p>Eftersom patienter lämnar IVA tidigare och sämre så har sambandssjuksköterskor uppkommit för att öka samarbetet mellan IVA och vårdavdelningen.</p>
<p>Titel: Intensive care liaison nurse service: implementation at a major metropolitan hospital Författare: Barbetti, J. & Choate, K. Tidskrift: Australian Critical Care, 16 Årtal: 2003</p>	<p>Syftet med studien var att stödja vårdavdelningspersonal när intensivvårdspatienter flyttas över till vårdavdelning.</p>	<p>Implementering av en sambandssjuksköterska (eng. liaison nurse) på IVA i Alfred sjukhus, Australien.</p>	<p>Sambandssjuksköterskan har blivit väl mottagen på hela sjukhuset. Kommunikationen mellan IVA och vårdavdelningen har förbättrats och de har tidigt upptäckt patienter som försämras och gett dem vård.</p>	<p>Sambandssjuksköterskan har möjlighet att förbättra patientens förutsättningar genom att dela med sig av sina kunskaper om intensivvård utanför intensivvårdsavdelningens väggar.</p>

<p>Titel: The effect of an ICU liaison nurse on patient and family's anxiety prior to transfer to the ward: An intervention study Författare: Chaboyer, W., Thalib, L., Alcorn, K. & Foster, M. Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing, 23 Årtal: 2007</p>	<p>Syftet med studien var att identifiera sambandssjuksköterskans (eng. liaison nurse) möjlighet att minska ångest för patienter och närstående inför överflyttning till vårdavdelning.</p>	<p>En interventions studie i fyra delar. De två första delarna varade i 4 månader och bestod av en interventions- och en kontrollgrupp. Vilket efterföljdes av en neutral månad. Till sist upprepades de två första delarna med en interventions- och kontrollgrupp.</p>	<p>Sambandssjuksköterskan hade inte så stor roll när det gällde patienters och närståendes ångest inför överflyttning till vårdavdelning.</p>	<p>Resultatet stämmer inte överens med tidigare forskning och att det kan bero på de låga antalet deltagare i studien. En annan nackdel kan vara att de bara bedömde ångest en gång och det kunde ha varit lättare att även bedöma innan överflyttning för att sedan jämföra.</p>
<p>Titel: Patients' and relatives' opinions and feelings about diaries kept by nurses in an intensive care unit: pilot study Författare: Bergbom, I., Svensson, C., Berggren, E. & Kamsula, M. Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing, 15 Årtal: 1999</p>	<p>Syftet var att utreda om dagbok är av värde för patient och närstående.</p>	<p>Utvärdering av dagbokskrivande med enkätundersökning. En pilotstudie. Kvalitativ innehållsanalys enligt Knafl och Webster.</p>	<p>Riktlinjer om hur dagboken bör skrivas framkom. Deltagarna var positiva till dagboken och den hjälpte dem att minnas sin vårdtid.</p>	<p>Det är viktigt att informera patienten om dagbokens innehåll och syfte innan den lämnas till patienten. En dagbok är bara ett sätt att komma åt patienternas upplevelser och ersätter inte uppföljningssamtal.</p>
<p>Titel: A national survey of intensive care follow-up clinics Författare: Griffiths, J., Barber, V., Cuthbertson, B. & Young, J. Tidskrift: Anaesthesia, 61 Årtal: 2006</p>	<p>Syftet var att undersöka vilka intensivvårdsavdelningar som bedriver uppföljning och hur de bedrivs.</p>	<p>Ett strukturerat frågeformulär som analyserades med hjälp av Microsoft Excel spreadsheet.</p>	<p>30% av de som svarat hade någon typ av uppföljning och i över hälften av klinikerna leds arbetet av en sjuksköterska. Den äldsta kliniken startades 1985.</p>	<p>Olika bedömningsinstrument användes och patienter kan ha fördel av att andra verksamheter är knutna till uppföljningskliniken. Frågan är om intensivvårdspersonal är de mest lämpade att hålla i uppföljningen.</p>

<p>Titel: Patient diaries in ICU Författare: Bäckman, C. Tidskrift: Intensive care aftercare (Eds.) Griffiths, R. & Jones, C. Årtal: 2006</p>	<p>Patienter minns inte hur sjuka de har varit och tror inte på sina närstående då de berättar vad som hänt. För att ge patienterna en realistisk beskrivning av vårdtiden så skrev de dagbok.</p>	<p>Sammanfattning av dagboksverksamheten på IVA i Norrköping.</p>	<p>Dagboken började med en sammanfattning av vad som hänt. Språket är vardagligt och inläggen daterade. Dagboken lämnades till patienten vid utskrivning och vid uppföljningssamtalet 2-4 veckor efteråt klistrades fotografierna in och dagboken användes som ett hjälpmedel för att förklara för patienten vad som hänt.</p>	<p>Att investera i en dagbok och att skriva några minuter varje dag tillsammans med ett uppföljningssamtal kan hjälpa patienter och närstående att få klarhet i sina minnen.</p>
<p>Titel: A pragmatic randomised, controlled, trial of intensive care follow-up programmes in improving longer-term outcomes from critical illness. The PRACTICAL study Författare: Cuthbertson, B., Rattray, J., Johnston, M., Wildsmith, A., Wilson, E., Hernandez, R. et al. Tidskrift: BMC Health Services Research, 7 Årtal: 2007</p>	<p>Många intensivvårdspatienter upplever fysiska, psykiska och sociala problem efter vårdtiden på IVA. Studien syftar till att undersöka om uppföljningsverksamhet är effektiv och kostnadseffektiv på att förbättra livskvalitet efter utskrivning från IVA.</p>	<p>Artikeln är en beskrivning och sammanfattning av tillvägagångssättet inför den kommande studien.</p>	<p>Studien planeras det vill säga är inte genomförd ännu.</p>	<p>Studiens mål är att bidra med fakta som kan visa på nyttan, effektiviteten och kostnads effektivitet med uppföljningsverksamhet.</p>

<p>Titel: The Royal North Shore Hospital ICU nurse initiated telephone follow-up service</p> <p>Författare: Moran, D., Elliott, R. & McKinley, S.</p> <p>Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing, 21</p> <p>Årtal: 2005</p>	<p>Syftet var att beskriva erfarenheterna av telefonuppföljning av intensivvårdspatienter.</p>	<p>Sammanfattning av telefonuppföljning på IVA Royal North Shores sjukhus i Australien.</p>	<p>Patienterna är tacksamma för möjligheten att få samtala om sina upplevelser. De får svar på sina frågor och hänvisas vidare till andra instanser eller kliniker om behov finns. Majoriteten kommer tillbaka för ett besök på avdelningen tillsammans med en sjuksköterska. Sjuksköterskorna upplever en ökad arbetstillfredsställelse</p>	<p>Uppföljningsverksamhet bidrar till intensivvården med fakta om specifika behov som föreligger hos denna patient grupp. Uppföljningen bidrar till att intensivvården får ett gott rykte i samhället.</p>
<p>Titel: Setting up a nurse-led clinic</p> <p>Författare: Sharland, C.</p> <p>Tidskrift: Intensive Care Aftercare (Eds.)</p> <p>Griffiths, R. & Jones, C.</p> <p>Årtal: 2006</p>	<p>Patienter och närstående besväras av fysiska och psykiska problem efter vårdtiden som påverkar livskvaliteten. Uppföljningsverksamhet har en betydande roll för att förbättra livskvalitet.</p>	<p>En sammanfattning av uppföljningsverksamhet på IVA vid Southamptons sjukhus.</p>	<p>En sjuksköterska sköter uppföljningskliniken och patienter som vårdats mer än fyra dygn återkommer 2, 6 och 12 månader efter utskrivning. sjuksköterskan ger information, råd och stöd samt identifierar problem och remitterar till andra kliniker.</p>	<p>Utveckling och utbyggnad av uppföljningsverksamheten planeras.</p>
<p>Titel: Setting up a doctor-led clinic</p> <p>Författare: Waldmann, C.</p> <p>Tidskrift: Intensive Care Aftercare (Eds.)</p> <p>Griffiths, R. & Jones, C.</p> <p>Årtal: 2006</p>	<p>Beskrivning av uppbyggnaden av en läkarledd uppföljningsklinik.</p>	<p>Sammanfattning av uppföljningskliniken på IVA i Royal Berkshire, Reading.</p>	<p>Mottagningen är egentligen ledd av både en sjuksköterska och en läkare. Sjuksköterskan rekryterar patienter och för dagbok under vårdtiden. Läkaren samtalar med patienten och utför olika undersökningar.</p>	<p>Både patient, närstående och personal har upplevt fördelar med uppföljningskliniken.</p>