

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
M2024:48

**Att känna sig utlämnad**  
Patienternas upplevelser av att ha vårdats lättsederade i respirator  
- en litteraturöversikt

Hanna Lundblad  
Sofie Severinsson



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Att känna sig utlämnad. Patienternas upplevelser av att ha vårdats lättsederade i respirator – en litteraturöversikt
Författare:	Hanna Lundblad & Sofie Severinsson
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot intensivvård
Handledare:	Maria Henricson
Examinator:	Åsa Israelsson-Skogsberg

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Utvecklingen inom intensivvården går nu mer och mer mot att patienter ska vårdas lättsederade när de vårdas i respirator. Att vårdas i respirator är oftast en livräddande behandling men det leder också allt som oftast till ett lidande. För att kunna minska lidandet behövs det kunskap inom området. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa patienters upplevelse av att ha vårdats lättsederade i respirator på en intensivvårdsavdelning. **Metod:** Metoden som användes var en systematisk litteraturöversikt med kvalitativ design och induktiv ansats. **Resultat:** Litteraturöversiktens resultat utmynnade i en kategori med sex underkategorier. Patienterna upplever stort obehag på grund av smärta och obehag från endotrachealtuben, att inte kunna prata eller göra sig förstådd, en känsla av att vara hjälplös, att deras integritet blir kränkt och de upplever en stor törst. Det fanns också positiva upplevelser så som att uppleva en trygghet, att vara medveten om sin omgivning och kunna vara delaktig i sin vård. **Slutsatser:** Lättsederade patienter blir medvetna om sin omgivning vilket gör att de blir påverkade av personalens beteende och agerande. Därför är det av stor vikt att intensivvårdssjuksköterskan ges möjlighet att vara fysiskt närvarande och vårda med respekt och värdighet för att kunna minska lidandet.

Nyckelord: *lättsederad, upplevelser, intuberade, patient, respirator, intensivvård, litteraturöversikt.*

## **Förord**

Författarna vill först rikta ett stort tack till handledaren Maria Henricson som på ett professionellt sätt har handlett oss genom hela processen. Vi vill också tacka alla medlemmar i handledningsgruppen som har hjälpt oss med synpunkter och stöttning under arbetets gång. Slutligen vill vi även tacka våra familjer och vänner som har stöttat oss i arbetet med uppsatsen.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>6</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>6</b>
<b>Intensivvård</b>	<b>6</b>
<b>Intensivvårdspatienten</b>	<b>6</b>
<b>Intensivvårdssjuksköterskan</b>	<b>7</b>
<b>Respiratorvård</b>	<b>8</b>
<b>Sedering</b>	<b>8</b>
<b>Lidande</b>	<b>8</b>
<b>Vårdande relation</b>	<b>9</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>10</b>
<b>SYFTE</b>	<b>10</b>
<b>METOD</b>	<b>10</b>
<b>Design</b>	<b>10</b>
<b>Urval</b>	<b>10</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>11</b>
<b>Kvalitetsgranskning</b>	<b>12</b>
<b>Dataanalys</b>	<b>13</b>
<b>Etiska överväganden</b>	<b>14</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>15</b>
<b>Att känna sig utlämnad</b>	<b>15</b>
Att uppleva obehag vid lätt sedering	15
Att vara utan röst	16
Den tidlösa tiden	17
Att känna sig sårbar	18
Att känna sig hjälplös	18
Att känna trygghet i en sårbar situation	19
<b>DISKUSSION</b>	<b>20</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>20</b>
Design	20
Urval	20
Datainsamling	21
Kvalitetsgranskning	21
Dataanalys	21
Etiska överväganden	22
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>22</b>
<b>Hållbar utveckling</b>	<b>24</b>
<b>SLUTSATSER</b>	<b>25</b>
<b>KLINISKA IMPLIKATIONER</b>	<b>25</b>

<b>REFERENSER</b>	<b>26</b>
<b>BILAGOR</b>	<b>31</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b>31</b>
<b>Bilaga 2</b>	<b>32</b>
<b>Bilaga 3</b>	<b>34</b>

## **INLEDNING**

Utvecklingen inom intensivvården går mer och mer mot att patienterna ska vårdas lättsederade när de vårdas i respirator. Under utbildningen till intensivvårdssjuksköterskor har studierna kombinerats med arbete på en intensivvårdsavdelning (IVA) vilket har lett till en viss insyn i att vårda patienter i respirator. Detta var även något som vi ställdes inför under den verksamhetsförlagda utbildningen. Majoriteten av patienterna har dock varit djupt sederade och därmed inte vakna. Personalen upplevs tryggare i att vårda de patienter som är djupt sederade och att det upplevs oroligt för både patient och personal när patienten är lättare sederad. Detta väckte intresset för ämnet. Som snart nyexaminerade intensivvårdssjuksköterskor är det av stor vikt att kunna ta del av befintlig forskning om hur patienterna faktiskt upplever vården för att på ett bra sätt kunna bemöta och behandla dessa patienter. Därför kommer denna litteraturöversikt ha sitt fokus ur ett patientperspektiv.

## **BAKGRUND**

### **Intensivvård**

Enligt Marshall et al. (2017) kan intensivvården beskrivas som en multidisciplinär och interprofessionell specialitet, medan intensivvård i vissa länder kan beskrivas som en medicinsk specialitet där det krävs en vidareutbildning för att kunna få arbeta. På IVA vårdas patienter som har, eller riskerar att utveckla, akut multiorgansvikt. På IVA används högteknologisk apparatur för att hjälpa patienter med sviktande organ, dessa organ är oftast hjärta, lungor och njurar. Det primära målet med intensivvård är att förebygga ytterligare försämring medan det aktivt arbetas för att bota grundorsaken till organsvikten (Marshall et al 2017).

Vidare beskriver Marshall et al. (2017) att den vård som bedrivs på en IVA består av multiprofessionella team med såväl specialistutbildade läkare, sjuksköterskor, undersköterskor samt rehabiliteringspersonal. Den höga personaltätheten samt möjligheten att monitorera patienterna kontinuerligt är det som är den största skillnaden mellan en IVA och en vanlig vårdavdelning.

### **Intensivvårdspatienten**

Internationellt vårdas årligen runt fem miljoner personer på IVA och tack vare den utvecklade vården överlever majoriteten av dessa patienter (European Society of Intensive Care Medicine 2017).

Patienter som vårdas på IVA kan uppleva existentiell ångest och ensamhet under sin vårdtid. Patienterna upplever en förlorad kontroll över sina kroppar, ständig närvaro av teknisk utrustning och en känsla av att den levda kroppen förändras. De upplever att deras sinnen förändras då hörseln försämras medan andra sinnen förstärks (Egerod et al. 2015). På IVA finns mycket apparatur som låter, allt från respiratorer, infusionspumpar och övervakningsmonitorer. När hörseln försämras har patienterna det svårt att urskilja vad det är som låter omkring dem. Intensivvårdsmiljön upplevs av patienterna som en

främmande värld, något väldigt avlägset från verkligheten och en konstgjord miljö (Egerod et al. 2015; Sanson, Lobefalo & Fasci 2021).

Vidare beskriver Egerod et al. (2015) att vårdas som patient på IVA innebär en avsaknad av kontroll, ett ökat behov av hjälp samt en oförmåga till kommunikation och kunna ge uttryck för sina tankar och känslor. Då patienterna inte kan kontrollera sina sinnen eller sin kropp försvinner tryggheten och ersätts av sårbarhet, detta kan upplevas som en livshotande situation av patienten. De upplever också en skrämmande omvärld av mardrömmar och hallucinationer. Minnen från intensivvårdstiden varierar hos patienterna. Upplevelserna varierar mellan att det inte är en behaglig upplevelse att vårdas på IVA men samtidigt inte riktigt komma ihåg, medan andra upplever tiden på IVA som en fabrik och slagfält (Egerod et al. 2015; Topçu, Ecevit Alpar, Gülseven & Kebapçı 2017).

## **Intensivvårdssjuksköterskan**

Intensivvårdssjuksköterskan på IVA förväntas, utifrån kompetensbeskrivningen, att ta hand om de mest svårt sjuka patienterna samt genom att nyttja sin kunskap och erfarenhet upptäcka försämring hos patienten och utföra omvårdnadshandlingar för att hjälpa patienten (Svensk sjuksköterskeförening 2020). Intensivvårdssjuksköterskans professionella kompetens grundar sig i hans färdigheter i att göra rimliga omvårdnadsåtgärder och ta beslut under komplexa, ofta för patienten livshotande, omständigheter (DeGrande, Liu, Greene & Stankus 2018). Intensivvårdssjuksköterskor upplever det som svårt att vårda patienter i en högteknologisk miljö då det är lätt att missa patienten bakom utrustningen, att de vårdar en maskin och inte en människa. Med en ökad erfarenhet hos intensivvårdssjuksköterskorna minskar upplevelsen av att vårda en maskin i första hand då de kan fokusera mer på patienten och enbart hålla tekniken i bakgrunden (Crilly, Dowling, Delaunois, Flavin & Biesty 2019).

Intensivvårdssjuksköterskan som vårdar vakna patienter i respirator upplever det både som utmanande men också givande (Laerkner, Egerod & Hansen 2015). Uppfattningen av att vårda lättsederade eller till och med vakna patienter varierar mellan intensivvårdssjuksköterskor med längre och kortare erfarenhet inom yrket. De med längre erfarenhet upplever det lättare och känner sig mer bekväma med att vårda djupt sederade patienter på grund av att de själva känner mindre obehag framför allt när det kommer till svårigheterna att kommunicera med patienten (Mortensen, Kjær & Egerod 2019). För att kunna se och upptäcka patientens behov upplever intensivvårdssjuksköterskan det som viktigt att bara vårda en patient åt gången då det höga arbetstempot inom intensivvården är utmanande. Det upplevs som givande för intensivvårdssjuksköterskan att kunna interagera och kommunicera med den lättsederade patienten och också få återkoppling på den vård som ges (Laerkner, Egerod & Hansen 2015).

Intensivvårdssjuksköterskor upplever att det är svårt att se på när patienterna som vårdas lättsederade i respirator uppvisar lidande och stress. Det uppstår en uppgivenhet hos intensivvårdssjuksköterskorna när de inte lyckas lindra patienternas lidande. Uppgivenheten skapar i sin tur en känsla av otillräcklighet och maktlöshet. En osäkerhet hos intensivvårdssjuksköterskorna kan infinna sig om det ens är rätt att vårda patienterna

vakna, trots att de någonstans vet att det är för patientens väl och ve (Karlsson & Bergbom 2015).

## **Respiratorvård**

Det är vanligt förekommande inom intensivvården att patienten har behov av mekanisk ventilation för sin överlevnad (Hill 2020). För att en respirator ska kunna användas behöver patienten bli intuberad med en endotrachealtub, antingen oralt, via munnen, eller nasalt, via näsan. Vissa patienter kan i stället erhålla en trachestomi som läggs in via ett snitt på halsen under operation (Hill 2020).

Med respiratorvård finns både fördelar och nackdelar. Fördelar med respirator är att patienten får hjälp med gasutbytet i lungorna på ett tillfredsställande sätt samt att patienten tillåts vila i hoppet om att andningen ska återgå till det normala. Dock är det viktigt att ha med sig att vård i respirator inte är en läkande behandling. Risker med respiratorvård är bland annat att den kan påverka patientens cirkulation negativt genom höga tryck i bröstkorgen, att en intubation är en inkörsport för bakterier, samt att lungorna kan ta skada av höga tryck (Hill 2020).

## **Sedering**

Hos intensivvårdspatienter är det vanligt förekommande med sederande läkemedel för att lindra lidande i form av obehag, oro och ångest samt den stress som uppkommer i samband med intubation och respiratorvård. Patientens sedering bör ordinerars individuellt av ansvarig läkare utefter patientens situation och behov, då det finns risker med sederande läkemedel som bland annat en ökad dödlighet. En lättare sedering är att föredra än en djup sedering hos patienter som vårdas i respirator, då det kan leda till en förkortad tid för respiratorvård samt intensivvårdstiden i stort. Det finns ännu låg och tvetydig evidens för att en lättare sedering ska minska risken för förekomst av besvär såsom delirium, PTSD samt depression efter intensivvård (Devlin et al. 2018). Sederingsgraden följs upp av en intensivvårdssjuksköterska med hjälp av en sederingskala och vid behov justeras doserna för sedering (Devlin et al. 2018). För utvärderingen av sederingsgraden är Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) den sederingskala som används mest flitigt inom svensk intensivvård (Talsi, Berggren, Johansson & Winsö 2019). RASS är en validerad bedömningskala som bedömer mentala parametrar hos patienter som är sederade. Skalan går från +4 till -5, där en lägre siffra indikerar en djupare sederad patient (Ely et al. 2003) (Bilaga 1). Lätt sedering kan anges som RASS +1 till -2 (Devlin et al. 2018).

## **Lidande**

Sett ur ett historiskt perspektiv har vårdandet uppkommit för att lindra det mänskliga lidandet men utvecklingen har paradoxalt nog lett till att vården kan skapa ett onödigt lidande för patienten. Lidande kan beskrivas som sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande (Eriksson 2018, s. 384). Sjukdomslidande beskrivs som det lidande som uppstår i relation till sjukdom och behandling. Vårdlidande är det lidande som uppstår i vård situationen och livslidandet är det lidande som uppstår i människans unika liv och handlar om att leva eller inte leva och om ensamhet (Eriksson 2018, s. 384).

Enligt Bergbom, Nåden och Nyström (2022) är lidandet något som upplevs och tar sig uttryck individuellt. Patienterna kan sakna ord för att beskriva vad de faktiskt upplever. När den lidande människan uttrycker sitt lidande behöver det bekräftas, om bekräftelse uteblir gör det människan till ett oskyldigt offer och kan göra lidandet än värre genom att misstro människan. Att vårdpersonalen på IVA ser och bekräftar någons lidande kan skapa en trygghet och ge en förhoppning av att bli bemött som människa. Genom en blick, en varm hand eller ett ord kan vårdpersonalen på IVA bekräfta patientens lidande.

Vårdlidande är ett onödigt lidande som kan uppstå i patientens möte med intensivvården, då patienten till exempel ignoreras eller att dess autonomi kringgås. Patienterna kan då uppleva sig maktlösa och sårbara. När patienterna drabbas av vårdlidande kan det få negativa konsekvenser för patientens hälsa och välmående, då patienten kan dra sig för att söka vård i framtiden (Berglund, Westin, Svanström & Sundler 2012). Lidande är dessvärre ett faktum inom intensivvården. Många patienter lider då de besväras av oro, ångest och mardrömmar, men också av att de känner sig ignorerade och lämnade av personalen (Topçu et al. 2017).

## **Vårdande relation**

Vårdrelationen är relationen mellan patient och sjuksköterska, vilket utgör grunden för vårdandet (Allande-Cussó, Fernández-García & Porcel-Gálvez 2022; Eriksson 2018, s. 67–68). I denna relation ska patienterna få utrymme för att uttrycka sina problem, behov och aktuella begär (Eriksson 2018, s. 67–68). Ofta beskrivs den vårdande relationen som en hjälpande och stöttande relation, men också som en ömsesidig relation. Den vårdande relationen kan beskrivas som en verbal och icke-verbal kommunikation, ett aktivt lyssnande, en ömsesidig respekt, förtroende och acceptans. Vilken också kan beskrivas med medlidande, empati och sårbarhet (Allande-Cussó, Fernández-García & Porcel-Gálvez 2022; Eriksson 2018, s. 67–68).

Den vårdande relationen är något som sjuksköterskan inte får forcera, utan den är något som tar tid att utveckla. Den vårdande relationen ses som en vital del i vårdandet av patienterna, då vården kan bli svår att driva framåt utan den. Att etablera en vårdande relation kräver ett ömsesidigt engagemang där båda parter behöver lita på varandra samt att de tar ett eget ansvar för sitt agerande (Allande-Cussó, Fernández-García & Porcel-Gálvez 2022; Eriksson 2018, s. 67–68). Vårdrelationen är kärnan i vårdprocessens olika faser. Om vårdprocessen inte grundas på en relation leder den bara till uppgifter som ska utföras. Vårdrelationen kan förverkligas på olika nivåer och det karakteristiska är att den främjar hälsoprocessen för patienterna (Eriksson. 2018, s. 67–68).

Intensivvårdssjuksköterskor upplever att interagera med patienten skapar en annan förutsättning att lära känna patienten och hans personlighet. Extra viktigt är att faktiskt se patienten som unik individ och se bortom sjukdomen och då kunna skapa en god relation. Att vårda lättsederade patienter i respirator skapar en större delaktighet i vården för patienten och kan skapa en mer personlig relation mellan patient och sjuksköterska, vilket kan göra att relationen blir svårare att hålla professionell för intensivvårdssjuksköterskan (Laerkner, Egerod & Hansen 2015).

## **PROBLEMFORMULERING**

Intensivvården utvecklas ständigt och är en miljö som ofta upplevs som främmande och överklig av patienterna. Upplevelsen av intensivvården är ofta traumatiserande och sällan en positiv erfarenhet och intensivvårdssjuksköterskor vittnar om att patienterna som vårdas lättsederade i respirator upplever ett lidande och stress. Att vårdas i respirator är ofta en livräddande behandling men inte läkande och innebär risker för patienterna. Sederande läkemedel ges i samband med respiratorvård för att lindrande smärta och ångest. Studier som studerat nyttan för patienten att minska eller helt avstå sedering är inte eniga. Sederande läkemedel kan ge en ökad dödlighet, samtidigt som det saknas ett tydligt samband med minskade besvär av såsom intensivvårdsdelirium och PTSD efter intensivvård vid en lättare sedering. Ett lidande i samband med vård är ett onödigt lidande och att patienter inom intensivvården lider finns fastställt i studier. Lidande kan uppstå i olika former såsom fysiskt lidande samt i relationen med intensivvårdssjuksköterskan och personalen som arbetar på IVA. För att på ett så bra sätt som möjligt kunna vårda patienter lättsederade i respirator behöver intensivvårdssjuksköterskor ha kunskapen och förståelsen om patienternas upplevelse av att vårdas lättsederade i respirator. Något som denna litteraturöversikt ämnar bidra till.

## **SYFTE**

Syftet var att belysa patienters upplevelse av att ha vårdats lättsederade i respirator på en intensivvårdsavdelning.

## **METOD**

### **Design**

För att besvara studiens syfte valdes en systematisk litteraturöversikt med kvalitativ design enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016) med en induktiv ansats. Systematisk litteraturöversikt användes för att sammanställa tidigare forskning inom ett specifikt område vilket gav möjlighet att hålla sig uppdaterad med den bästa tillgängliga kunskapen och även skapa en ny helhet (Bettany-Saltikov & McSherry 2016, s. 5–6). Den induktiva ansatsen utgår från innehållet i texten till skillnad från den deduktiva som utgår från modell eller bestämd teori (Priebe & Landström, 2023, s. 32–34).

### **Urval**

I ett första steg utformades urvalskriterierna med både inklusions- och exklusionskriterier. För att relevant forskning ska kunna tas fram menar Bettany-Saltikov och McSherry (2016, s. 23) att forskningsfrågan måste vara specifik och begriplig. Det är viktigt att inklusions- och exklusionskriterier utarbetas innan sökningen för att relevanta artiklar ska påträffas. För att skapa en tydlighet och struktur i sökningen och få med inklusionskriterierna användes Population, Exposure och Outcome (PEO) i denna litteraturöversikt (Bettany-Saltikov & McSherry 2016, s. 23, 26). Se tabell 1.

**Tabell 1: PEO**

Population	Vuxna patienter ( $\geq 18$ år)
Exposure	Vårdats lättsederade i respirator (intuberade) på IVA
Outcome	Patienters upplevelse av att ha vårdats lättsederade

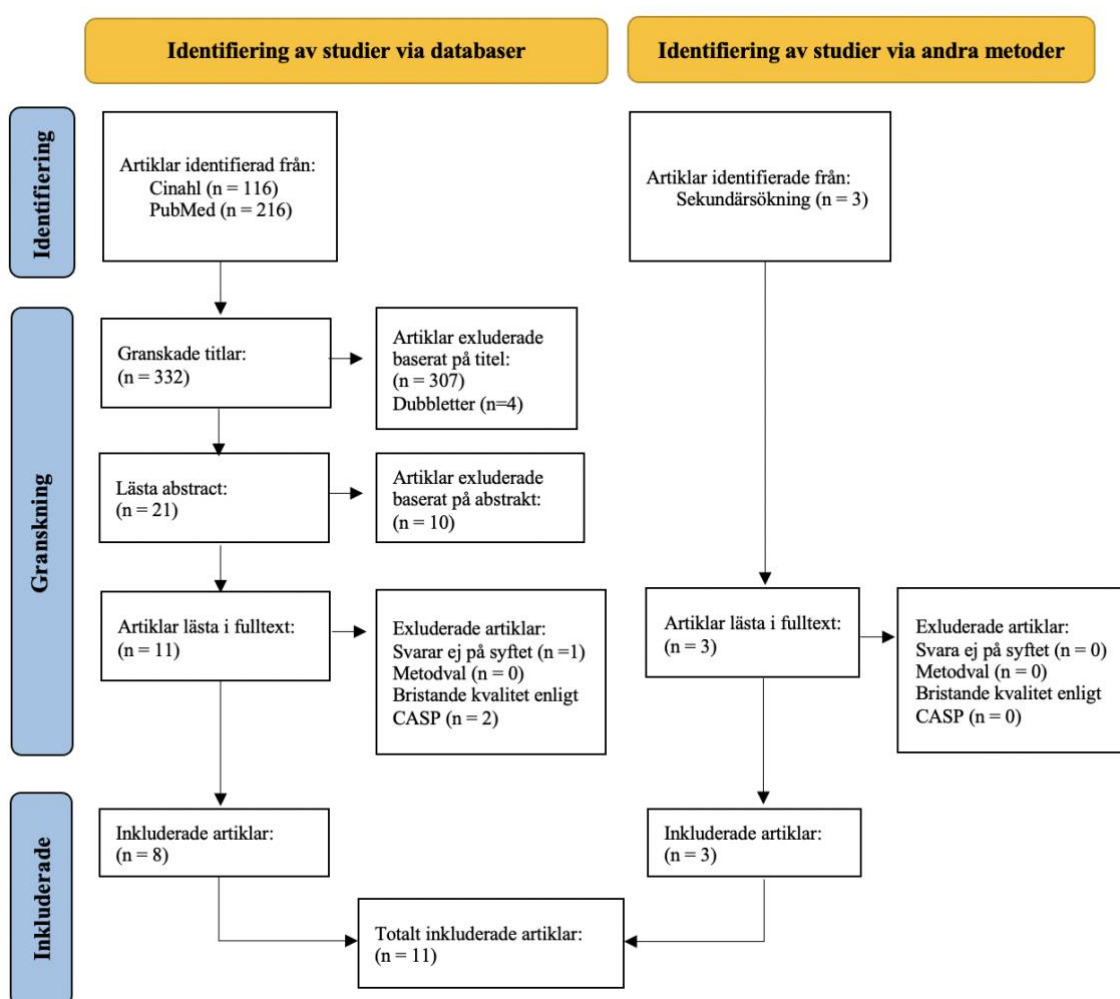
Följande begränsningar valdes i databaserna; ”peer reviewed”, ”english language”, publikations år 2005–2024 och originalartiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Exklusionskriterierna var studier som inte genomgått forskningsetisk granskning, forskning under covidpandemin och artiklar som inte gick att få tag på i sin helhet via biblioteket på Högskolan i Borås. Sökorden togs fram baserat på PEO och utifrån testsökningarna och de synonymer som identifierades. Exempel på sökord som har använts är; *critical care*, *intensive care*, *life experience*, *attitude*, *emotions*, *patient*, *mechanical ventilat\**, *artificial ventilat\**, *artificial respiration*, *invasive ventilat\**, *intubat\**, *conscious sedation*, *light sedat\**, *nonsedat\** samt variationer på dessa ord och fraser (Bilaga 2).

## Datainsamling

Litteratursökningen inleddes med testsökningar för att komma fram till vilka sökord som används inom det aktuella forskningsområdet. Enligt Hellberg och Karlsson (2023, s. 85) används testsökningar för att orientera sig inom ämnet och de är oftast breda och ospecifika. Initialt var sökningarna enkla och ostrukturerade men generade en djupare förståelse för terminologin inom det valda området vilket ledde fram till fritextord och ämnesord till huvudsökningen. Professionell hjälp med litteratursökningen togs av utbildad personal från biblioteket på Högskolan i Borås för att litteratursökningen skulle vara grundligt gjord. Testsökningar gjordes i Cinahl, Pubmed, Medline och PsycINFO där de två sistnämnda databaserna inte tillförde något ytterligare och detta ledde fram till att huvudsökningen genomfördes enbart i Cinahl och Pubmed. Anpassade ämnesord togs fram för respektive databas då de skiljer sig åt. I Cinahl användes ”Subject Headings” och i Pubmed användes ”Svenska MeSH” (Medical Subject Headings). Då ämnesorden upplevdes för smala användes även fritext för att inte missa något vid sökningarna. För att täcka in variationer av de olika sökorden användes trunkeringar och sökorden kombinerades sedan med de booelska termen ”OR”. De olika sökblocken kombinerades sedan med den booelska termen ”AND” för komma fram till den slutliga sökningen (Bettany-Saltikov & McSherry 2016, s. 104–105). Huvudsökningen är en strukturerad och genomtänkt sökning som grundar sig på testsökningarnas resultat (Hellberg & Karlsson 2023, s. 85). Huvudsökningen genomfördes den 2024-02-20. Detaljerad sökhistorik redovisas i bilaga 2.

Artiklarna valdes ut i två steg (Bettany-Saltikov & McSherry 2016, s. 119–120). I första steget granskades artiklarna baserat på titel och abstrakt gemensamt av författarna och de som motsvarade inklusionskriterierna valdes ut. I detta steg sorterades dubletter ut manuellt. I andra steget lästes artiklarna i fulltext enskilt för att sedan väljas ut på samma sätt som i första steget.

Då sökresultatet inte uppnådde tillräckligt med användbara träffar i databaserna för att besvara syftet med litteraturöversikten användes sekundärsökning. Enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016, s. 44–45) är det viktigt att sökstrategin är så vid och grundlig som möjligt, både i relation till den elektroniska sökningen som gäller sökningar i databaser och den manuella sökningen. Referenslistan på de aktuella artiklarna som hittades vid sökningen via databaserna granskades manuellt och där identifierades tre artiklar som valdes att inkluderas. Nedan i figur 1 presenteras urvalsprocessen via ett flödesdiagram enligt Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2024). De artiklar som är inkluderade i resultatet är märkta med en asterisk i referenslistan.



**Figur 1:** PRISMA flödesdiagram

## Kvalitetsgranskning

Kvaliteten på en systematisk litteraturöversikt är beroende av kvaliteten på de artiklar som ingår i studien. Därför var det av stor vikt att alla primärartiklar som ingick kvalitetsgranskades (Bettany-Saltikov & McSherry 2016, s. 129–131).

Litteraturöversikten har även genomgått peer debriefing. Det innebär att litteraturöversiktens alla delar har lästs och granskats av medstudenter under arbetets gång.

Det internationellt erkända instrumentet Critical Appraisal Skills Programme (CASP), Qualitative study (2024) användes för att på ett systematiskt sätt kvalitetsgranska artiklarna. CASP är en granskningsmall som består av tio frågor och varje fråga besvaras med ”ja”, ”ej bedömbart” eller ”nej”. Det var upp till författarna av studien att besluta hur stor del av kvalitetskriterierna som skulle vara uppfyllda för att få inkluderas i litteraturöversikten. Kvalitetsgranskningen och bearbetningen av artiklarna gjordes både gemensamt och enskilt. De första artiklarna granskades gemensamt för att säkerställa att författarna använde och tolkade instrumentet på samma sätt och de artiklar som granskades enskilt där det uppstod frågor angående kvalitetsgranskningen granskades sedan gemensamt. Författarna valde att varje fråga kunde ge 0–2 poäng och 19–20 poäng var hög kvalitet, 17–18 poäng var medelhög kvalitet och 16 poäng eller lägre var låg kvalitet. Ett krav var att alla artiklar var tvungna att få 2 poäng på frågan som behandlar forskningsetik. De inkluderade artiklarna höll hög eller medelhög kvalitet (Bilaga 3).

## Dataanalys

Dataanalysen gjordes genom en tematisk analys där data extraherades och analyserades utifrån Bettany-Saltikov och McSherrys (2016, s. 143–146) nio steg enligt följande.

1. Innan extraktionen av texten från artiklarna påbörjades, lästes artiklarna igenom ett flertal gånger för att erhålla en djupare förståelse för texterna. Bettany-Saltikov och McSherrys (2016, s. 144) menar att detta skapar en möjlighet att se livsvärden från en annan persons perspektiv.
2. Utifrån forskningsfrågan utkristalliserades olika teman i texterna vilka färgkodades med en specifik färg för varje tema.
3. I detta steg klipptes den färgkodade texten ut och kategoriserades till meningsbärande enheter. För att kunna härleda de olika texterna som klipptes ut, numrerades de med artikelns specifika nummer och vart i artikeln som texten återfanns. Detta gjordes för att de skulle kunna spåras när resultatet skrevs.
4. Öppen kodning. De meningsbärande enheterna kondenserades och skapade underkategorier. För att beskriva alla aspekter av innehållet identifierades så många underkategorier som möjligt.
5. Antalet underkategorier reducerades och skapade kategorier vilket gjordes genom att slå samman olika underkategorier.
6. Återigen bearbetades de olika kategorierna för att ytterligare kunna kondenseras.
7. För att undvika bias granskades kategorierna av handledaren vilket gjordes i samband med handledning där en diskussion fördes och justeringar vidtogs.
8. Artiklarnas resultatdel lästes igen för att säkerställa att kategorierna och underkategorierna täckte in all relevant data och justeringar gjordes.
9. Analysprocessen utfördes på samtliga artiklar som inkluderades i studien. (Bettany-Saltikov och McSherrys 2016, s. 143–146)

Exempel på hur data har utvecklats från meningsbärande enheter till kategorier se tabell 2.

**Tabell 2:** Utdrag ur analysprocessen

Meningsbärande enheter	Öppen kodning	Underkategorier	Kategori
The patients felt as weak and helpless as small children. They required assistance with their most basic needs - getting air, suctioning mucus, personal hygiene, going to the toilet and the nurses supplying them with a pencil and a notepad for communication purposes. // <i>“Weak in my body. And... (brief hesitation)... I felt like a child, you know, who doesn't think too much, can't do anything; I can't pee myself, poo myself, I can't do anything.”</i>	Svaghet och hjälplöshet när de inte kunde klara sig själva	Att vara hjälplös	Att känna sig utlämnad

## Etiska överväganden

För att människor inte ska fara illa är det av stor vikt att hela forskningsprocessen genomsyras av etisk reflektion. Forskning bedrivs för att bidra till samhällsutveckling och förbättra individers liv genom att öka förståelsen för ett fenomen. Andra människors medverkan krävs oftast för att uppnå detta och det föreligger då en risk att de utnyttjas oskäligt. Forskningsetiken finns därför till för att värna om rättigheter och det grundläggande människovärdet (Kjellström 2023, s. 61).

Syftet med Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) är att skydda respekten för människovärdet och den enskilda människan vid forskning. Enligt lagen får bara forskningen godkännas om den tar hänsyn till de mänskliga rättigheterna och respekt för människovärdet. Forskning som genomförs inom ramen för högskoleutbildning på grund eller avancerad nivå behöver inte etikprövas (SFS 2003:460). Även om denna litteraturoversikt inte behöver etikprövas exkluderades studier som inte var etiskt godkända.

Resultatartiklarnas etiska aspekter är viktiga att överlägga vid en systematisk litteraturoversikt. De etiska aspekterna ska redogöras för att studien ska upprätthålla tillräckligt god kvalitet (Bettany-Saltikov & Mc Sherry 2016, s. 183). De artiklar som inte fick full poäng på frågan angående etiska aspekter enligt CASP har exkluderats för att kunna säkerställa det etiska förhållningssättet i litteraturoversikten.

Etiska frågor väcks vid en litteraturoversikt då det kan finnas begränsningar i författarnas metodologiska kunskaper och det engelska språket för att på ett rättvist sätt kunna bedöma de utvalda artiklarna i litteraturoversikten. Detta kan leda till brister och feltolkningar av de valda artiklarna (Kjellström 2023, s. 75–76). Samtliga artiklar har granskats av författarna först var för sig och sedan har de granskats tillsammans för att minimera risken för feltolkning.

Det är viktigt att vara medveten om sin förförståelse. Förförståelsen handlar om det som en person redan har med sig såsom värderingar och förståelse för ett fenomen. För att

kunna reducera och kontrollera subjektivitetens inflytande över kunskapen bör forskaren beskriva sin bakgrund och på så vis tydliggöra förståelsen (Priebe och Landström 2023, s. 39–40). Författarna har båda flera års erfarenhet som allmänsjuksköterskor inom vården och är medvetna om att förståelsen kunde påverka arbetet. För att inte förståelsen skulle påverka resultatet satte författarna i största möjliga mån att sätta den åt sidan genom att ha en öppen dialog sinsemellan. Det var av yttersta vikt att hjälpas åt för att kunna ha ett öppet sinne inför fenomenet.

## RESULTAT

Resultatet av litteraturöversikten baseras på de 11 studier som kvarstod efter kvalitetsgranskningen och belyser patienters upplevelse av att vårdas lättsederade i respirator. Dataanalysen mynnade ut i en kategori och sex underkategorier, vilka redovisas nedan i tabell 3.

**Tabell 3:** Översikt av underkategorier och kategori

Underkategorier	Kategorier
Att uppleva obehag vid lätt sedering	Att känna sig utlämnad
Att vara utan röst	
Den tidlösa tiden	
Att känna sig sårbar	
Att känna sig hjälplös	
Att känna trygghet i en sårbar situation	

### Att känna sig utlämnad

Denna kategori innefattar samtliga underkategorier som framkom under dataanalysen. I kategorin belyses patientens samtliga upplevelser av att ha vårdats lättsederad i respirator, såsom obehag, otillräcklig kommunikation, tidsuppfattning, sårbarhet, hjälplöshet och att känna trygghet i en sårbar situation.

### Att uppleva obehag vid lätt sedering

Att vårdas lättsederad i respirator beskrivs som en otrevlig, obekväm och underlig upplevelse (Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012; Schou & Egerod 2008). Respiratorvården upplevs extremt smärtsam och tär på kroppen (Roberts et al. 2019). Patienterna upplever även aptitlöshet, sömnsvårigheter och en begränsad rörlighet (Tingsvik, Hammarskjöld, Mårtensson & Henricson 2018), även känslor av att kvävas, överhettas samt att endotrachealtuben ger tryck och obehag i halsen beskrivs (Schou & Egerod 2008). Att ha en endotrachealtub i halsen beskrivs som att ha en klump i halsen som inte ska vara där (Holm & Dreyer 2017; Tingsvik, Hammarskjöld, Mårtensson &

Henricson 2018), om den skulle ruckas så skapar det en känsla av att hålla på att strypas och vilja kräkas (Holm & Dreyer 2017). Utöver att uppleva obehag från endotrachealtuben i halsen vittnar patienterna om att uppleva törst och muntorrhet som en slags tortyr (Engström, Nyström, Sundelin & Rattray 2013; Holm & Dreyer 2017; Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012; Tingsvik, Hammarskjöld, Mårtensson & Henricson 2018.) När patienterna inte kan få sina behov av att få släcka sin törst tillfredsställda blir det för många övermäktigt och skapar i stället en konstant känsla av törst (Holm & Dreyer 2017). De får då i stället nöja sig med att fukta munnen med hjälp av munvårdspinnar vilket upplevs som fantastiskt (Engström, Nyström, Sundelin & Rattray 2013). Önskemål om att få smaka på något mer än bara vatten uttrycks, de längtar efter till exempel kaffe, sötat te, öl och hallonsoda (Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012).

Respiratorvården och endotrachealtuben i halsen är ansträngande för patienten, samtidigt har de en insikt i att behandlingen många gånger är livräddande vilket gör att de accepterar situationen (Holm & Dreyer 2017). En ständig önskan om att få andas på egen hand finns men de upplever samtidigt en andnöd och att det är jobbigt att andas genom en endotrachealtub. Detta skapar känslor av panik (Karlsson, Bergbom & Forsberg 2012; Karlsson & Forsberg 2008; Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012) vilket gör det svårt att tänka på annat än just sin andning vilket leder till stress (Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012).

Slem i endotrachealtuben leder till en känsla av att kvävas och att få det bortsuget upplevs som besvärande och obehagligt (Claesson, Mattson & Idvall 2005; Engström, Nyström, Sundelin & Rattray 2013; Karlsson, Bergbom & Forsberg 2012; Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012; Tingsvik, Hammarskjöld, Mårtensson & Henricson 2018), men befriande när slemmet väl försvann (Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012; Tingsvik, Hammarskjöld, Mårtensson & Henricson 2018). När den som suger bort slemmet är hårdhänt eller suger för långt ner och nedom endotrachealtuben är det extra besvärande (Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012).

### **Att vara utan röst**

Utöver andnöd anser patienterna att vara utan sin röst som det värsta med att vårdas lättsederad i respirator (Karlsson, Bergbom & Forsberg 2012). Att inte kunna kommunicera och göra sig förstådd inför familj och personal är frustrerande och kan även upplevas som att bli negligerad (Holm & Dreyer 2017; Tingsvik, Hammarskjöld, Mårtensson & Henricson 2018; Schou & Egerod 2008). När det inte går att kommunicera på ett bra sätt ökar känslan av rädsla och otrygghet (Roberts et al. 2019). Något som i vanliga fall är enkelt, såsom att säga sitt eget namn, upplevs extra svårt att hantera och kunde utöver frustration skapa ilska (Karlsson, Bergbom & Forsberg 2012).

Att själv inte kunna delta eller påverka samtal, på grund av endotrachealtuben, upplevs frustrerande (Haugdahl, Dahlberg, Klepstad & Storli 2017). Att vara vid medvetande innebär att de får bevittna och erfara dåligt och respektlöst bemötande av personalen som arbetar, som till exempel att personalen inte ger dem tid att göra sig förstådd. Patienterna upplever en maktlöshet då de inte kan kommunicera sin vilja, som till exempel när de upplever en trötthet så slående och vill bli sederade och få sova, men då inte kan kommunicera det och förblir vid medvetande (Karlsson, Bergbom & Forsberg 2012).

Samt tillfällen när patienten förmedlar att de är trötta efter att ha mobiliserats till stol och nu önskar att återgå till sängen, men då blir ignorerad och överkörd och tvingas sitta kvar i stolen tills personalen upplever att det är tillräckligt (Laerkner, Egerod, Olesen & Hansen 2017). Frustration används som en drivkraft för att hitta mer effektiva sätt att kommunicera och på så sätt kunna delta mer aktivt i samtal med andra (Tingsvik, Hammarskjöld, Mårtensson & Henricson 2018). Effektiv kommunikation innefattar att få information om sitt tillstånd vid varje vaket ögonblick samt att det ska finnas ett tydligt sätt för dem att kunna svara (Roberts et al. 2019). Det upplevs som nedslående samt skapar frustration när de trots tillgänglig teknisk utrustning och försök till kommunikation genom att mima eller prata inte lyckas göra sin röst hörd (Engström, Nyström, Sundelin & Rattray 2013; Haugdahl, Dahlberg, Klepstad & Storli 2017; Laerkner, Egerod, Olesen & Hansen 2017).

### **Den tidlösa tiden**

Situationer där patienternas uppfattning av tid skiljer sig gentemot personalens uppfattning skapar en frustration. Skillnaden i tidsuppfattning resulterar i att patienten får till sig att något ska ske snart men att det inte blir av på flera timmar eller ens samma dag. De upplever då att det kan vara lika bra att personalen inte använder sig av sådana uttryck eller säger något alls (Schou & Egerod 2008). Tiden på IVA upplevs gå långsamt och upplevs som uttråkande. För att få tiden att gå var det några som tittade på TV men utöver det har de inte så mycket att fylla sin tid med (Holm & Dreyer 2017; Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012). Aktiviteter som de annars brukar göra som till exempel att läsa böcker är under intensivvårdstiden inte alltid ett möjligt alternativ för patienterna (Holm & Dreyer 2017).

Patienterna vittnar om svårigheter till avslappning och sömn. De beskriver att de blir störda av personal, den tekniska apparaturen samt av andra som vårdas på samma sal (Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012). Besökare till medpatienter kan upplevas som störande, detta kan upplevas som att befinna sig i ett hönshus (Schou & Egerod 2008). Störningsmomenten medför möjligheten att endast kunna sova några timmar i stöten och sömnbristen skapar en stor trötthet som är rent utmattande (Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012).

Upplevelsen av att vara både halvt vaken men också halvt sovande är vanligt förekommande (Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012). Trots att sederande läkemedel inte givits sedan intubationen är det många som är helt eller delvis utan minnen av sin tid i respirator (Holm & Dreyer 2017). Det finns en förväntan hos omgivningen att patienterna ska ha minnen från stunder då de uppfattas som vakna vilket inte alltid är fallet, men de kan istället ha minnen från stunder då de uppfattas som sovande (Engström, Nyström, Sundelin & Rattray 2013). När patienterna inte kan få grepp om tid och rum känner de sig övergivna och det skapar i sin tur känslor av otrygghet och panik (Tingsvik, Hammarskjöld, Mårtensson & Henricson 2018). Att vara lättsederad skapar förvirrade och konstiga tankar och drömmar vilket leder till att de till och från tror att de håller på att bli galna. De säger saker som de själva uppfattar som knasigt men att det dementeras av personalen (Holm & Dreyer 2017).

### **Att känna sig sårbar**

Rädsla är något som framkommer i patienternas upplevelser, så som rädsla för att dö, för att uppleva smärta samt rädsla över att respiratorn skulle sluta fungera (Claesson, Mattson & Idvall 2005; Karlsson, Bergbom & Forsberg 2012). Svårigheter med att vara vaken är att det ökar deras medvetenhet om hur svårt sjuka de är samt ökar sårbarheten då de uttrycker att det är som att vara en fisk på torra land (Laerkner, Egerod, Olesen & Hansen 2017).

Ett lidande uppstår hos patienterna när de saknar utmaningar samt avsaknad av förväntningar på sig. De upplever sig som värdelösa samt att även personalen ser dem som inkapabla till att utföra ens de enklaste uppgifterna (Karlsson & Forsberg 2008). När personalen inte delger patienterna information om vad som komma skall, ger det en känsla av maktlöshet. Ovissheten skapar också känslor av osäkerhet, framför allt när det kommer till vad som kan ses som steg mot tillfrisknande (Karlsson, Bergbom & Forsberg 2012).

Maktlöshet framkommer i patienternas upplevelser när de inte kan påverka vad som sker i deras närhet. Vid lättsedering blir de medvetna om sjuksköterskornas vanor och beteenden. Privata samtal mellan sjuksköterskor kan överhöras även om samtalen sker bakom skärmar eller i närliggande utrymmen. Dessa samtal skapar en oro hos patienterna då de tror att samtalen ska påverka sjuksköterskornas uppmärksamhet men också en oro över att samtalen sjuksköterskorna emellan ska handla om dem. Irritation är en känsla som framkommer då patienterna upplever att sjuksköterskorna borde ta mer hänsyn till dem. Andra patienter upplever sjuksköterskornas samtal som lugnande (Laerkner, Egerod, Olesen & Hansen 2017). Patienterna upplever en avsaknad av närvaro. De önskar mer interaktion med sjuksköterskorna, någon som sitter och pratar med dem samt beröring. De beskriver en ensamhet i att vistas på IVA, som för dem upplevs som en underlig och främmande miljö (Schou & Egerod 2008).

### **Att känna sig hjälplös**

Att vårdas lättsederad i respirator upplevs som att vara hjälplösa som små barn. Att behöva hjälp med saker såsom att andas, få bort slem ur sina luftvägar och sin personliga hygien upplevs som tecken på svaghet (Karlsson, Bergbom & Forsberg 2012). Det upplevs som en degradering av sig själv, att inte kunna göra något själv och att ständigt vara beroende av andra (Engström, Nyström, Sundelin & Rattray 2013; Karlsson & Forsberg 2008). Hjälplösheten förstärktes när förmågan att inte kunna orientera sig till tid och rum försvann (Schou & Egerod 2008).

Upplevelsen av trötthet och svaghet finns ständigt närvarande, även avsaknaden av styrka upplevs som en både psykisk och fysisk trötthet (Tingsvik, Hammarskjöld, Mårtensson & Henricson 2018). Även att inte kunna bemästra och få kontroll över sin situation samt göra sig förstådda skapar känslor av hjälplöshet (Karlsson & Forsberg 2008; Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012). Andra finner en trygghet i att vårdpersonalen förstår dem ändå trots deras oförmåga att kommunicera (Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012). Patienterna upplever ett försämrat självförtroende (Schou & Egerod 2008). Avsaknad av både styrka och kontroll kan stundtals inge viljan av att ge upp och även tankar om att

avsluta sitt liv uppkommer (Karlsson & Forsberg 2008; Tingsvik, Hammarskjöld, Mårtensson & Henricson 2018).

Patienter upplever en kränkt integritet, ofta när personlig hygien är inblandad. Den kränkta integriteten upplevs besvärande, både när det gäller sin egen men även medpatienternas. De upplever sig hjälplösa i sin situation då de inte kan påverka vad som sker runt omkring dem. (Tingsvik, Hammarskjöld, Mårtensson & Henricson 2018). Patienter vittnar om att det värsta är att höra andra lidande och inte kunna fly från situationen (Laerkner, Egerod, Olesen & Hansen 2017). Vissa upplever det som obehagligt att vara vaken under pågående respiratorvård och försöker då fly från verkligheten och önskar att de befinner sig någon annanstans. När personalen berättar att de ska bli sederade känner de en lättnad och välbehag (Karlsson & Forsberg 2008).

### **Att känna trygghet i en sårbar situation**

Att vårdas lättsederad i respirator upplevdes som en trygghet för patienterna. Det kan vara svårt att uppnå välmående men då sjuksköterskorna gör de delaktiga genom att till exempel dela skämt ökar välmåendet (Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012).

Att bli bemött med respekt och omtanke är något som värderas högt, det bemötandet är många gånger det som gör situationen (Laerkner, Egerod, Olesen & Hansen 2017). De uttrycker att de känner sig väl omhändertagna vilket i sin tur leder till en trygghet samt att de då tillåts slappna av tillräckligt för att kunna vila. Trygghet skapas av att bli vårdad av återkommande personal (Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012; Laerkner, Egerod, Olesen & Hansen 2017). Vidare belyser patienterna vikten av att ha en sjuksköterska ständigt närvarande i rummet för att uppleva trygghet eftersom de har svårt att påkalla hjälp är det viktigt att sjuksköterskan arbetar nära inpå patienten samt att sjuksköterskan uppvisar kunnighet i sitt vårdande (Laerkner, Egerod, Olesen & Hansen 2017). Att tillåtas vara lättsederad i respirator uppskattas av patienterna då det ger dem både trygghet och att de känner sig respekterade samt att deras värdighet kan upprätthållas. Det uttrycks också att patienterna upplever respiratorvården på IVA som fantastisk. Patienterna framhäver specifikt omhändertagandet från personalen, att de vårdar med ett lugn och inger en trevlig och trygg omgivning (Tingsvik, Hammarskjöld, Mårtensson & Henricson 2018).

Patienterna menar på att få vara lättsederad vid respiratorvård ger dem möjligheten att delta och påverka sitt liv och sin vård genom kommunikation som de annars inte skulle kunnat (Karlsson, Bergbom & Forsberg 2012). Att kunna interagera med personal och familj ger patienterna upplevelsen av att få vara delaktig. En annan sak som också ses som en fördel hos patienterna är att de kan minnas sin vårdtid på grund av den mindre mängd sedermedel de får (Laerkner, Egerod, Olesen & Hansen 2017). De menar på att de inte vet något annat än att vara vid medvetande men att de troligen skulle blivit väldigt upprörda om de inte hade kunnat få minnas och vara med (Holm & Dreyer 2017; Laerkner, Egerod, Olesen & Hansen 2017). Även om det kan upplevas som smärtsamt och traumatiserande att vara vaken upplever patienterna det som en tillgång att få vara vid medvetande (Holm & Dreyer 2017). Att endast vara lättsederad är som ett kvitto för patienterna att deras hjärnor inte är skadade och att känslan av att ha kontroll på sin

omgivning inger en trygghet och ett lugn hos patienterna (Holm & Dreyer 2017; Karlsson, Bergbom & Forsberg 2012).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

#### **Design**

Denna litteraturöversikt utfördes med en induktiv ansats vilket innebar att studier som svarade på syftet inkluderades oavsett resultat för att minimera risken för bias (Bettany-Saltikov & McSherry 2016, s. 5, 10). Även en integrativ litteraturstudie enligt Whitemore och Knafl (2005) hade kunnat vara ett alternativ. Att inkludera både kvalitativ och kvantitativ forskning kan vara både en styrka och svaghet, riskerna finns att forskningens djup begränsas (Whitemore & Knafl, 2005). Då författarna inte ville riskera att djupet på forskningen begränsades valdes att stå fast vid den valda metoden.

#### **Urval**

Att inkludera studier som publicerades för över tio år sedan är möjligt om det område som studeras inte har förändrats nämnvärt (Mårtensson & Fridlund 2023, s. 479). I och med att intensivvården ständigt utvecklas finns därför risker med att inkludera äldre studier. Då det inte framkom tillräckligt med material vid resultatsökningen för att belysa fenomenet inom ett mer begränsat tidsspänn, ansågs det var viktigare att belysa fenomenet än att hålla sig till något givet tidsspänn därför valdes att inkludera artiklar från 2005 och framåt. Detta gjordes trots att det kan ses som en svaghet. Med facit i hand skulle syftet kunna ha ändrats för att då inkludera fler och mer nyligen publicerade artiklar. Vid resultatsökningarna framkom artiklar som är mer nyligen publicerade men som delvis svarade på syftet. De artiklarna fokuserade mer på ett specifikt fenomen i patientens upplevelse snarare än patientens upplevelse i stort. Dessa valdes då att exkluderas för att alla artiklar skulle svara helt mot litteraturöversiktens syfte.

Valda exklusionskriterier och begränsningar kan ha påverkat litteraturöversiktens resultat och dess bekräftelsebarhet. Det ses som en styrka att exkludera studier kopplade till covidpandemin för att kunna öka överförbarheten till intensivvård under normala omständigheter. Att begränsningen peer reviewed användes ses som en styrka då det enligt Henricson (2023, s. 494) ökar så väl trovärdigheten, giltigheten som pålitligheten.

Risken med att endast inkludera artiklar på ett språk kan leda till att relevanta artiklar utesluts eller att granskaren kan rikta resultatet genom utvalda artiklar (Bettany-Saltikov & McSherry 2016, s. 13). I litteraturöversikten valdes att bara inkludera artiklar på engelska då detta anses vara det vetenskapliga språket och ett språk som båda författarna behärskar. Risken för feltolkningar hade varit hög om inklusion av andra språk hade förekommit vilket hade påverkat litteraturöversiktens tillförlitlighet negativt.

I några av de inkluderade artiklarna saknades sederingsgrad av patienterna eller att det tydligt framgår att patienterna är vakna, vilket kan påverka litteraturöversiktens resultat negativt. Då patienterna har kunnat delge sina upplevelser av respiratorvård har

författarna valt att tolka att de varit lättsederade eller vakna, därför har dessa artiklar inkluderats.

### **Datainsamling**

För att minska bias samt öka sensitiviteten i sökningarna anlätades professionell hjälp från biblioteket på Högskolan i Borås för att komma fram till lämplig terminologi och sökstrategi. Enligt Rosén (2023, s. 441–442) ökar detta trovärdigheten och pålitligheten av datainsamlingen.

Att ämnesorden skiljde sig mellan sökningarna i de olika databaserna ses som en styrka i arbetet då orden på så sätt anpassats till databasen och därmed skulle generera fler träffar. Att använda sig av trunkeringar och olika varianter av sökord ses som en styrka. Detta tillsammans med de booleska termerna OR och AND användes för att öka sensitiviteten i sökningen (Karlsson 2023, s. 94). Det kan anses som en svaghet att resultatsökningarna enbart utfördes i två databaser. I de andra två databaserna där testsökningar genomfördes tillfördes inga nya artiklar och därför valde författarna att inte inkludera dessa databaser. I Cinahl och Pubmed framkom dubletter vilket kan tolkas som att sökorden har hög sensitivitet. Henricson (2023, s. 494) menar på att när sensitiviteten är hög ökar trovärdigheten.

### **Kvalitetsgranskning**

Kvalitetsgranskningen enligt CASP (2024) utfördes både gemensamt och individuellt. Vid tveksamheter lyftes granskningen till diskussion. Artiklar som inte höll en hög eller medelhög nivå eller inte var etiskt godkända valdes att exkluderas då litteraturöversiktens kvalitet enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016, s. 130–131) avspeglas i resultatartiklarnas kvalitet.

Kvaliteten styrks ytterligare av att litteraturöversikten är skriven av två författare samt att litteraturöversikten har genomgått peer debriefing där frågor och funderingar har kunnat lyftas och diskuteras vilket författarna har sett som en styrka och tillgång. Enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016, s. 33) ökar tillförlitligheten och minskar bias när en litteraturöversikt utförs i team.

### **Dataanalys**

Författarna satte sig väl in i Bettany-Saltikov och McSherry (2016, ss. 144–146) nio steg. Under alla steg fick författarna hjälpas åt så att ingen av de olika stegen utelämnades och se till att de gjordes i rätt ordning för att hålla sig till den angivna metoden. Trots att analysprocessen är väl beskriven var det ändå svårt att göra stegen i rätt ordning och författarna tog här extra hjälp av handledaren för att fastställa att det gjordes korrekt. Denna delaktighet från handledaren ökar litteraturöversiktens trovärdighet.

Författarna har under hela dataanalysen varit medvetna om sin förförståelse och gjort sitt yttersta för att den inte skulle påverka något av stegen i analysarbetet. Detta har gjorts genom aktiv diskussion och reflektion under hela processen. Enligt Henricson (2023, s. 496) gynnas litteraturöversiktens pålitlighet genom att aktivt reflektera kring sin förförståelse.

Överförbarhet handlar om hur studiens resultat kan appliceras i andra kontext (Mårtensson & Fridlund 2023, s. 485). Inkluderade artiklar är utförda i Danmark, Sverige, Norge samt USA. Sjukvården skiljer sig åt mellan olika länder men inom västvärlden och de nordiska länderna bedöms sjukvården vara tämligen lika då länderna i de inkluderade artiklarna bedriver högteknologisk intensivvård. Därför anses överförbarheten av litteraturöversiktens resultat till svensk intensivvård vara högre än om studierna hade utförts i andra delar av världen där sjukvården och samhället skiljer sig mer.

### **Etiska överväganden**

För att litteraturöversikten ska vara etiskt försvarbar har författarna valt att endast inkludera etiskt godkända artiklar i resultatet. Samtliga artiklar har ett etiskt godkännande av något slag, om än alla inte från en etisk kommitté. Hur ett etiskt godkännande går till skiljer sig mellan olika länder. Enligt Kjellström (2023, s. 63–65) ses det som en styrka att endast inkludera etiskt godkända artiklar då resultatet ska vara etiskt försvarbart.

För att tillämpa god forskningsetik har författarna hanterat patienternas “röster” med respekt genom att ta ansvar för att samtliga upplevelser ska bli hörda. För att uppnå detta har författarnas förståelse lyfts och diskuterats genom hela processen, för att den inte ska påverka litteraturöversikten. Enligt Henricson och Billhult (2023, s. 119–120) bör arbetet genomsyras av den etiska kompassen som inkluderar ärlighet, tillförlitlighet, respekt och ansvar för att uppnå god forskningsetik.

### **Resultatdiskussion**

I litteraturöversiktens resultat uppmärksammas framför allt patientens upplevda obehag av att vårdas i respirator, patientens frustration i att inte kunna kommunicera på ett tillfredsställande sätt samt att uppleva en trygghet i att vårdas lättsederad i respirator. Dessa delar tolkas därför som huvudfynden i denna litteraturöversikt.

Att det upplevs som obehagligt att vårdas lättsederad i respirator uttrycks på flertalet sätt av patienterna. Både det fysiska obehaget, att det gjorde ont, eller att endotrachealtuben triggade kräkreflexen. Men också det psykiska obehaget, att känna sig hjälplös, maktlös och rädd. Även Ashkenazy, Weissman och DeKeyser Ganz (2021) forskning beskriver liknande upplevelser. Där presenteras det att patienter som vårdas vakna i respirator upplever obehagliga kroppsliga upplevelser såsom smärta och obehag från endotrachealtuben. Studien bekräftar lidandet i att känna sig ensam och hjälplösheten i att inte kunna kontrollera sin kropp och sitt liv (Ashkenazy, Weissman & DeKeyser Ganz 2021).

Patienter som vårdas på IVA upplever ofta ett lidande (Egerod et al. 2015). I litteraturöversiktens resultat uttrycker flera patienter hjälplösheten samt ett så stort lidande att de önskar att avsluta sina liv. Liknande upplevelser påvisades i Hajiabadi, Heydari och Manzari (2018) forskning där patienterna beskriver lidandet som de får utstå i samband med att vårdas lättsederande i respirator. Både att det var så smärtsamt att andas i respiratorn men också att patienterna upplever att de aldrig fick en paus. I studien

påvisades också att de önskade att slippa undan lidandet och avsluta sina liv (Hajiabadi, Heydari & Manzari 2018).

Hälsa är något som upplevs individuellt och flerdimensionellt. Hälsa går många gånger hand i hand med lidande men hälsa är inte alltid motsatsen till ohälsa (Bergbom, Nåden och Nyström 2022). Att vårdas inom intensivvården är många gånger traumatiserande och i flertalet av de artiklar som inkluderats i resultatet i denna litteraturöversikt är patienternas upplevelser av att vårdas lättsederad i respirator negativa. Känslor som hjälplöshet, maktlöshet, rädsla, ensamhet, frustration och smärta är ständigt återkommande. Halvorsen et al. (2022) styrker litteraturöversiktens resultat genom att belysa att faktorer som kan bidra till upplevelsen av illabefinnande är symptom såsom smärta, restriktioner samt avsaknad av anhöriga på IVA. Faktorer som i stället kan bidra till en ökad upplevelse av välbefinnande, vilket är trygghet, är att patienten visas respekt och ses som en unik person samt involveras i sin vård. Även en förtroendeingivande relation till intensivvårdssjuksköterskan och annan personal på avdelningen kan bidra till en ökad känsla av välmående (Halvorsen et al. 2022). Det innefattas i kompetensbeskrivningen för både den grundutbildade samt den specialistutbildade sjuksköterskan inom intensivvård att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening 2020).

Att inte kunna kommunicera tillfredsställande är något som tydligt beskrivs som ett bekymmer för patienterna. De beskriver det som psykiskt påfrestande att inte kunna säga sitt namn, påkalla sjuksköterskans uppmärksamhet, kunna göra sig förstådd eller påverka sin omgivning. Kommunikation är en stor del av vården som bedrivs idag, både på en intensivvårdsavdelning men även i vården i stort. En god kommunikation möjliggör både en tryggare vård och en tryggare patient. I Sanson, Lobefalo och Fasci (2021) studie belyser de just betydelsen av verbal och icke-verbal kommunikation och konsekvenserna av bristen på det. När den verbala kommunikationen försvåras genom till exempel att ha en endotrachealtub eller den icke-verbala genom att patienterna inte fysiskt kan förmedla sig förblir patienternas efterfrågningar på hjälp ohörda. Det leder till en maktlöshet som i sin tur medför ett lidande och att patienterna inte kan få sina behov och begär bemötta (Sanson, Lobefalo & Fasci 2021).

Holm och Dreyer (2018) belyser kommunikationens och den vårdande relationens betydelse för patienter som vårdas lättsederade i respirator vilket också framkommer i litteraturöversiktens resultat. När kommunikationen mellan patient och intensivvårdssjuksköterska brister upplever patienterna många negativa känslor såsom hjälplöshet, ilska, ensamhet och förödmjukelse. Vad patienterna vill säga är även av vikt för intensivvårdssjuksköterskan, men när kommunikationen brister är det många gånger som intensivvårdssjuksköterskan i stället ger upp. Den vårdande relationen ska vara jämställd men när den ena parten kan kommunicera obehindrat medan den andra inte kan och endast kan förhålla sig till icke-verbal kommunikation blir den vårdande relationen inte ömsesidig. När en patient vårdas lättsederad i respirator och har en endotrachealtub i halsen blir intensivvårdssjuksköterskan den med mer makt i relationen vilket i sin tur kan påverka patienten negativt genom att väcka känslor av kränkt värdighet och förödmjukelse. En skev fördelning av makt i vårdrelationen ställer högre krav på intensivvårdssjuksköterskan som behöver vara den som initierar samtal samt måste säkerställa att hen uppfattat patienten korrekt (Holm & Dreyer 2018).

För att värna om patienternas värdighet och integritet behöver vården bedrivas med en etisk grund och det behöver finnas en fungerande vårdande relation (Bergbom, Nyström & Nåden 2022). Intensivvårdssjuksköterskor som vårdar lättsederade patienter upplever att det krävs mer av dem, att det är en utmaning. Det kräver en ökad närvaro från intensivvårdssjuksköterskan men också en ökad kreativitet. Det åligger på ansvarig sjuksköterska att hitta det mest effektiva och fungerande sättet för patienten att göra sin röst hörd när patienten själv inte kan prata. Intensivvårdssjuksköterskan ser det som positivt att vårda lättsederade patienter då det underlättar för dem att se hela människan, även om det också innebär att de måste ta större hänsyn till patientens upplevda behov och önskemål. I och med att de är lättsederade upplever intensivvårdssjuksköterskan att det underlättar för dem att kunna ge en god vård, då patienterna faktiskt går att kommunicera med (Tingsvik, Bexell, Andersson & Henricson 2013).

Litteraturöversiktens resultat visar på många negativa upplevelser av att vårdas vaken eller lättsederad i respirator men det speglar även flera positiva upplevelser. Det visar på hur eländiga omständigheterna än må vara så går det att vända det till något positivt. Patienterna upplever en trygghet i att vara lättsederade för att ha möjligheten att minnas och vara delaktiga. Många gånger framkommer tryggheten och delaktigheten när personalen låter patienterna själva bestämma och ges möjlighet att vara delaktiga. Baumgarten och Poulsen (2015) beskriver att patienter som tillåts vara delaktiga i sin egen vård känner sig mänskliga, de kämpar för sin överlevnad samt upplever kontroll över sin situation. Detta gör i sin tur att patienterna upplever trygghet och känner sig omhändertagna av personalen. De menar också på att för mycket närvaro av personal kan leda till en mer begränsad och störd tid och kommunikation med anhöriga (Baumgarten & Poulsen 2015). För att få patienterna att må väl och känna tillit och omhändertagande krävs en ökad närvaro av sjuksköterskan men också en kontinuitet i vem som vårdar patienten. Denna upplevelse delades även av sjuksköterskor och övrig vårdpersonal runt patienterna (Khalafi, Elahi & Ahmadi 2016).

## **Hållbar utveckling**

Att vårda lättsederade patienter är något som kräver mer och tar mer tid av intensivvårdssjuksköterskornas jämfört med att vårda sederade patienter, eftersom de lättsederade patienterna har andra behov än sederade patienter (Laerkner, Egerod & Hansen 2015; Tingsvik, Bexell, Andersson & Henricson 2013). När patienterna är medvetna och vårdas i respirator krävs det en högre personaltäthet då det blir en ökad arbetsbelastning för vårdpersonalen. En ökad personaltäthet leder till ökade personalkostnader men i förhållande till de kostnader som längre vårdtid i respirator och de komplikationer som den djupa sederingen orsakar har de bedömts vara lägre (Kaier, Heister, Wolff & Wolkewitz 2020; Tingsvik, Bexell, Andersson & Henricson 2013).

Dock går studierna isär kring den ekonomiska fördel som en lättare sedering av en patient som vårdas i respirator skulle ge. Devlin et al. (2018) menar på att tid i respirator, tid på IVA och total vårdtid kan förkortas med en lättare sedering. Medan det i en senare studie går att utläsa att en lättare sedering inte leder till en förkortad tid i respirator, på IVA eller total vårdtid (Olsen, Nedergaard & Toft 2020). I en tredje studie från Laerkner, Stroem och Toft (2016) ses en förkortad vårdtid på IVA och på sjukhus i stort hos patienter utan

sederig. Studien mätte även arbetsbelastningen hos intensivvårdssjuksköterskan enligt ett mätinstrument och arbetsbelastningen bedömdes där högre hos de som vårdar sederade patienter än de som vårdar osederade patienter i respirator. Medan den självuppskattade arbetsbelastningen var den samma mellan intensivvårdssjuksköterskorna som vårdade sederade och osederade patienter. Studien visar också att de intensivvårdssjuksköterskor som vårdade osederade patienter hade endast en patient per sjuksköterska, medan de som vårdade sederade patienter hade två patienter per sjuksköterska. I och med att vårdtiden är kortare för de osederade patienterna ses ändå en ekonomisk vinst i att vårda en patient per sjuksköterska (Laerkner, Stroem & Toft 2016).

## **SLUTSATSER**

För att lindra lidandet är det av stor vikt att intensivvårdssjuksköterskan ges förutsättningar för att kunna vara fysiskt närvarande hos patienter som vårdas med lätt sederig i respirator. Det ställer också krav på intensivvårdssjuksköterskan att hen bemöter patienterna med respekt och värdighet för att minska lidandet. Det är också viktigt att intensivvårdssjuksköterskan är lyhörd och ger patienterna tid för att de ska kunna uttrycka sig, få en adekvat smärtlindring, få hjälp med att släcka törsten och att låta patienterna vara delaktiga i vården allt för att minska vårdlidandet och skydda deras integritet för bibehållen värdighet.

## **KLINISKA IMPLIKATIONER**

Denna litteraturöversikt kan bidra med att öka förståelsen för hur patienter upplever att vårdas lättsederade i respirator vilket i sin tur kan bidra till ökad kunskap hos intensivvårdssjuksköterskan. Genom en ökad kunskap av patienternas upplevelse kan det bidra till att vården som ges minskar vårdlidandet och stärker patientens värdighet. Många av de kliniska implikationerna som framkommer nedan kan vara sådant som redan är implementerat. Utifrån litteraturöversiktens resultat ses vikten av att dessa åtgärder inte bör bort- eller nedprioriteras inom intensivvården. Viktiga kliniska implikationer är följande:

- Ta hjälp av olika kommunikationsverktyg för att underlätta kommunikationen och visa ett genuint intresse i att vilja och kunna förstå patienten genom att vara fysiskt närvarande.
- Se individen bakom patienten och tänka på att varje människa är unik
- Involvera patienten i sin vård och låta hen vara delaktig

## REFERENSER

\* Artiklar i resultatet

Allande-Cussó, R., Fernández-García, E., & Porcel-Gálvez, A. M. (2022). Defining and characterising the nurse–patient relationship: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 29(2), 462–484. doi: 10.1177/09697330211046651

Ashkenazy, S., Weissman, C., & DeKeyser Ganz, F. (2021). Perception of discomfort by mechanical ventilation patients in the Intensive Care Unit: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 64, 103016–103016. doi:10.1016/j.iccn.2021.103016

Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 205–214. doi: 10.1111/scs.12177

Bergbom, I., Nyström, L., & Nåden, D. (2022). Katie Erikson's caring theories. Part 2. The theory of caritative caring ethics and the theory of evidence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(4), 1251–1258. doi: 10.1111/scs.13098

Bergbom, I., Nåden, D., & Nyström, L. (2022). Katie Eriksson's caring theories. Part 1. The caritative caring theory, the multidimensional health theory and the theory of human suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(3), 782–790. doi: 10.1111/scs.13036

Berglund, M., Westin, L., Svanström, R., & Sundler, A. (2012). Suffering caused by care-Patients' experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7(1), 1–9. doi: 10.3402/qhw.v7i0.18688

Bettany- Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a Systematic Literature Review in Nursing: A step-by-step guide*. London: McGraw-Hill Education.

\*Claesson, A., Mattson, H., & Idvall, E. (2005). Experiences expressed by artificially ventilated patients. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 116–117. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00948.x

Crilly, G., Dowling, M., Delaunois, I., Flavin, M. & Biesty, L. (2019). Critical care nurses' experiences of providing care for adults in a highly technological environment: A qualitative evidence synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23–24), 4250–4263. doi: 10.1111/jocn.15043

Critical Appraisals Skills Programme (2024). CASP checklists. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> [2024-02-05]

DeGrande, H., Liu, F., Greene, P., & Stankus, J.-A. (2018). Developing professional competence among critical care nurses: An integrative review of literature. *Intensive & Critical Care Nursing*, 49, 65–71. doi: 10.1016/j.iccn.2018.07.008

Devlin, J.W. et al. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. doi: 10.1097/CCM.00000000000003299

Egerod, I., Bergbom, I., Lindahl, B., Henricson, M., Granberg-Axell, A. & Storli, S. L. (2015). The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies*, 52(8), 1354–1361. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.04.017

Ely, EW. et al. (2003). Monitoring sedation status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*, 289(22), 2983–2991. doi: 10.1001/jama.289.22.2983

\*Engström, Å., Nyström, N., Sundelin, G., & Rattray, J. (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(2), 88–95. doi: 10.1016/j.iccn.2012.07.003

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: vetenskapen om vårdandet: om det tidlösa i tiden* (Första upplagan). Liber.

European Society of Intensive Care Medicine (2017). *What is intensive care?* <https://www.esicm.org/patient-and-family/what-is-intensive-care/> [2024-01-29]

Hajjabadi, F., Heydari, A., & Manzari, Z. S. (2018). Enclosed in the synergistic rings of suffering: The experience of conscious patients under mechanical ventilation in the intensive care unit of the causes of suffering. *Electronic Physician*, 10(4), 6697–6706. doi: 10.19082/6697

Halvorsen, K., Jensen, J. F., Collet, M. O., Olausson, S., Lindahl, B., Sætre Hansen, B., Lind, R., & Eriksson, T. (2022). Patients' experiences of well-being when being cared for in the intensive care unit—An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(1–2), 3–19. <https://doi.org/10.1111/jocn.15910>

\*Haugdahl, H. S., Dahlberg, H., Klepstad, P., & Storli, S. L. (2017). The breath of life. Patients' experiences of breathing during and after mechanical ventilation. *Intensive & Critical Care Nursing*, 40, 85–93. doi: 10.1016/j.iccn.2017.01.007

Henricson, M. (2023) Diskussion. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig Teori och Metod – från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur, s. 491–500.

Henricson, M & Billhult, A. (2023) Kvalitativ metod. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig Teori och Metod – från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur, s. 115–125.

- Hellberg, S & Karlsson, K. (2023) Informationssökning. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig Teori och Metod – från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur, s. 85-102.
- Hill, B. (2020). Principles of mechanical ventilation for non-critical care nurses. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 29(8), 470–475. doi: 10.12968/bjon.2020.29.8.470
- \*Holm, A., & Dreyer, P. (2017). Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 81–88. doi: 10.1111/nicc.12200
- Holm, A., & Dreyer, P. (2018). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 23(2), 88–94. doi: 10.1111/nicc.12297
- Kaier, K., Heister, T., Wolff, J., & Wolkewitz, M. (2020). Mechanical ventilation and the daily cost of ICU care. *BMC Health Services Research*, 20(1), 267–267. doi: 10.1186/s12913-020-05133-5
- Karlsson, V., & Bergbom, I. (2015). ICU Professionals' Experiences of Caring for Conscious Patients Receiving MVT. *Western Journal of Nursing Research*, 37(3), 360–375. doi: 10.1177/0193945914523143
- \*Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(1), 6–15. doi: 10.1016/j.iccn.2011.11.002
- \*Karlsson, V., & Forsberg, A. (2008). Health is yearning—Experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(1), 41–50. doi: 10.1016/j.iccn.2007.06.004
- \*Karlsson, V., Lindahl, B., & Bergbom, I. (2012). Patients' statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: a prospective video-recorded study. *Nursing Inquiry*, 19(3), 247–258. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00576.x
- Khalafi, A., Elahi, N., & Ahmadi, F. (2016). Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 37, 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.05.005>
- Kjellström, S. (2023). Forskningsetik. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig Teori och Metod – från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur, s. 61–83.

Laerkner, E., Egerod, I., & Hansen, H. P. (2015). Nurses' experiences of caring for critically ill, non-sedated, mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(4), 196–204. doi: 10.1016/j.iccn.2015.01.005

\*Laerkner, E., Egerod, I., Olesen, F., & Hansen, H. P. (2017). A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 1–9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016

Laerkner, E., Stroem, T., & Toft, P. (2016). No-sedation during mechanical ventilation: impact on patient's consciousness, nursing workload and costs. *Nursing in Critical Care*, 21(1), 28–35. <https://doi.org/10.1111/nicc.12161>

Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J.-L., Vollman, K. & Zimmerman, J. (2017). What is an Intensive Care Unit (ICU): A Report of the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.07.015

Mortensen, C. B., Kjær, M.-B. N., & Egerod, I. (2019). Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 52, 35–41. doi: 10.1016/j.iccn.2019.01.004

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2023). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig Teori och Metod – från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur, s. 473–490.

Olsen, H. T., Nedergaard, H. K., & Toft, P. (2020). Nonsedation or Light Sedation in Critically Ill, Mechanically Ventilated Patients. Reply. *The New England journal of medicine*, 382(26), e107-e107. doi: 10.1056/NEJMc2011055

Priebe, G. & Landström, C. (2023). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur, s 27-44.

PRISMA (2024). Who should use PRISMA? <http://www.prisma-statement.org/> [2024-03-18]

\*Roberts, M., Bortolotto, S. J., Weyant, R. A., Jock, L., LaLonde, T & Henderson, A. (2019). The Experience of Acute Mechanical Ventilation From the Patient's Perspective. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38(4), 201–212. doi: 10.1097/DCC.0000000000000361

Sanson, G., Lobefalo, A., & Fasci, A. (2021). "Love Can't Be Taken to the Hospital. If It Were Possible, It Would Be Better": Patients' Experiences of Being Cared for in an Intensive Care Unit. *Qualitative Health Research*, 31(4), 736–753. doi: 10.1177/1049732320982276

\*Schou, L. & Egerod, I. (2008). A qualitative study into the lived experience of post-CABG patients during mechanical ventilator weaning. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(3), 171–179. doi: 10.1016/j.iccn.2007.12.004

SFS 2003:460. *Lagen om etikprovning av forskning som avser människor.*

Svensk sjuksköterskeförening (2020). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå - specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård.*  
<https://swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b576146/1610610301605/Kompetensbeskrivning%20Intensivva%CC%8Ardssjuksk%C3%B6terska.pdf> [2024-02-05]

Talsi, O., Kiiski Berggren, R., Johansson, G. & Winsö, O. (2019). A national survey on routines regarding sedation in Swedish intensive care units. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 124(3), 199–202. doi: 10.1080/03009734.2019.1616339

Tingsvik, C., Bexell, E., Andersson, A.-C., & Henricson, M. (2013). Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Australian Critical Care*, 26(3), 124–129. doi: 10.1016/j.aucc.2012.12.005

\*Tingsvik, C., Hammarskjöld, F., Mårtensson, J., & Henricson, M. (2018). Patients' lived experience of intensive care when being on mechanical ventilation during the weaning process: A hermeneutic phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 47, 46–53. doi:10.1016/j.iccn.2018.03.004

Topçu, S., Ecevit Alpar, Ş., Gülseven, B. & Kebapçı, A. (2017). Patient experiences in intensive care units: a systematic review. *Patient Experience Journal*. 4(3):115-127. doi: 10.35680/2372-0247.1137.

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), ss. 546-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

# BILAGOR

## Bilaga 1

**Table 1.** The Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Score	Term	Description	
+4	Combative	Overtly combative, violent, immediate danger to staff	
+3	Very agitated	Pulls or removes tube(s) or catheter(s); aggressive	
+2	Agitated	Frequent nonpurposeful movement, fights ventilator	
+1	Restless	Anxious but movements not aggressive or vigorous	
0	Alert and calm		
-1	Drowsy	Not fully alert, but has sustained awakening (eye opening/eye contact) to voice (>10 seconds)	Verbal stimulation
-2	Light sedation	Briefly awakens with eye contact to voice (<10 seconds)	
-3	Moderate sedation	Movement or eye opening to voice (but no eye contact)	
-4	Deep sedation	No response to voice, but movement or eye opening to physical stimulation	Physical stimulation
-5	Unarousable	No response to voice or physical stimulation	

### Procedure for RASS Assessment

1. Observe patient
  - Patient is alert, restless, or agitated. Score 0 to +4
2. If not alert, state patient's name and say to open eyes and look at speaker.
  - Patient awakens with sustained eye opening and eye contact. Score -1
  - Patient awakens with eye opening and eye contact, but not sustained. Score -2
  - Patient has any movement in response to voice but no eye contact. Score -3
3. When no response to verbal stimulation, physically stimulate patient by shaking shoulder and/or rubbing sternum.
  - Patient has any movement to physical stimulation. Score -4
  - Patient has no response to any stimulation. Score -5

Adapted with permission.<sup>29</sup>

källa: Ely et al. 2003

## Bilaga 2

Cinahl 240221	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltexter	Valda artiklar
S1	(MH "Critical care+) OR (MH "Intensive care units+)		96,265			
S2	"critical care" OR "intensive care" OR "intensive care unit"		148,959			
S3	(MH "attitude+) OR (MH "perception+) OR (MH "life experience+) OR (MH "emotions+)		802,509			
S4	"patient* experience*" OR "patient* attitude*" OR "patient* perception*" OR "patient* view*"		138,856			
S5	(MH "ventilators, mechanical) OR (MH "respiration, artificial+)		40,226			
S6	"mechanical* ventilat*" OR "artificial ventilat*" OR "artificial respiration" OR "invasive ventilat*" OR "intubat*"		51,759			
S7	(MH "conscious sedation) OR (MH "sedation)		8,454			
S8	"conscious sedation" OR "light* sedat*" OR "nonsedat*" OR "non- sedat*"		4,327			
S9	S1 OR S2		153,818			
S10	S3 OR S4		857,419			
S11	S5 OR S6		74,613			
S12	S7 OR S8		9,315			
S13	S9 AND S10 AND S11 AND S12		127			
S14	S9 AND S10 AND S11 AND S12	peer reviewed, English language, 2000–2024	116	9	6	1 (+4 dubletter)

PubMed 240221	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltexter	Valda artiklar
#1	(critical care[MeSH Terms]) OR (intensive care unit[MeSH Terms])		159,677			
#2	"intensive care" OR "intensive care unit" OR "critical care"		560,990			
#3	(emotions[MeSH Terms]) OR (attitude[MeSH Terms]) OR (life experience[MeSH Terms])		1,041,791			
#4	"patient attitude*" OR "patients attitude*" OR "patient emotion*" OR "patients emotion*" OR "patient perception*" OR "patients perception*" OR "patient view*" OR "patients view*"		98,486			
#5	(conscious sedation [MeSH Terms]) OR (consciousness[MeSH Terms])		23,621			
#6	"sedat*" OR "light sedation" OR "conscious sedation"		91,994			
#7	("Respiration, Artificial"[Mesh:NoExp]) OR (respiration, artificial[MeSH Terms]) OR (ventilators, mechanical[MeSH Terms])		96,726			
#8	"mechanical* ventilat*" OR "artificial respiration" OR "invasive ventilat*"		119,717			
#9	#1 OR #2		567,725			
#10	#3 OR #4		1,121,775			
#11	#5 OR #6		105,281			
#12	#7 OR #8		144,972			
#13	#9 AND #10 AND #11 AND #12		250			
#14	#9 AND #10 AND #11 AND #12	English, Fulltext, 2000– 2024	216	12	9 (4 dubletter)	7

Sekundärsökning gav 3 artiklar

### Bilaga 3

Studie	Syfte	Design	Metod	Urval	Etiskt godkänd	Resultat	Kvalitet enligt CASP
<p><b>Författare:</b> Claesson, A., Mattson, H. &amp; Idvall, E.  <b>Titel:</b> Experiences expressed by artificially ventilated patients.  <b>Årtal:</b> 2005  <b>Land:</b> Sverige  <b>Tidskrift:</b> Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Syftet var att beskriva några av de erfarenheter som respiratorbehandlade patienter uttryckte.</p>	<p>Kvalitativ design</p>	<p>Intervjuer med både förvalda och öppna frågor.</p>	<p>8 patienter intervjuades och de var mellan 32-81år. intervjuerna skedde 6-12 veckor efter att de var utskrivna från IVA och intervjuerna hölls på sjukhuset efter patienternas önskan.</p>	<p>Ja</p>	<p>Två tema framkom:            Verkliga och överkliga händelser.</p>	<p>Medelhög kvalitet</p>
<p><b>Författare:</b> Engström, Å., Nyström, N., Sundelin, G. &amp; Rattray, J.  <b>Titel:</b> People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study.  <b>Årtal:</b> 2012  <b>Land:</b> Sverige  <b>Tidskrift:</b> Intensive and Critical Care Nursing</p>	<p>Att beskriva upplevelsorna av intensivvård från personer som erhållit respiratorvård.</p>	<p>Kvalitativ design</p>	<p>Kvalitativa forskningsintervjuer</p>	<p>Nio tidigare patienter som uppfyllde inklusionskriterierna kontaktades. Åtta återkopplade och accepterade att delta i studien.</p>	<p>Ja</p>	<p>Resultatet visar två huvudteman samt sju kategorier. De huvudteman som framkom var; "Att bli överlämnad i andras händer" och "Att det osannolika var verklighet"</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p><b>Författare:</b> Haugdahl, H.S., Dahlberg, H., Klepstad, P. &amp; Storli, S.L.  <b>Titel:</b> The breath of life. Patients' experiences of breathing during and after mechanical ventilation.  <b>Årtal:</b> 2017  <b>Land:</b> Norge  <b>Tidskrift:</b> Intensive and Critical Care Nursing</p>	<p>Studien har två syften: (1) Att jämföra patientens uppskattade känsla av andnöd, samt (2) utforska den levda upplevelsen av att andas under och efter respiratorvård.</p>	<p>En kvalitativt styrd studie med mixad metod som kombinerar en kvalitativ studie med kvantitativa komponenter.             En hermeneutisk-fenomenologisk metod.</p>	<p>Den kvantitativa delen består av en tidigare prospektiv observationsstudie där andnöden uppmätts i numeriska skalor. För att kombinera skalorna med patienternas upplevelser av andnöd används underföljda intervjuer.</p>	<p>11 patienter intervjuades med öppna frågor.</p>	<p>Ja</p>	<p>Fyra teman kom ur resultatet; "Existentiellt hot", "Den tuffa tiden", "En formlös och gränslös kropp" och "Ta sig igenom".</p>	<p>Hög kvalitet</p>

Studie	Syfte	Design	Metod	Urval	Etiskt godkänd	Resultat	Kvalitet enligt CASP
<p><b>Författare:</b> Holm, A. &amp; Dreyer, P.  <b>Titel:</b> Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation  <b>Årtal:</b> 2015  <b>Land:</b> Danmark  <b>Tidskrift:</b> Nursing in critical care</p>	Att utforska vuxna intensivvårdspatienters upplevelse av att vara vid medvetande under intubation och respiratorvård	<p>Kvalitativ design.  Fenomenologisk-hermeneutisk tradition.</p>	Semistrukturerade intervjuer	Fyra patienter intervjuades 1–2 dagar efter extubation. Två på avdelning och två på IVA. För att få delta behövde de vara >17år, legat i respirator och haft RASS -1 - +1, samt inte visat neaktivt för delirium enligt CAM-ICU.	Ja	Tre teman uppdagades efter intervjuerna granskats: "En tub i halsen", "Att vara vid medvetande men vara drogad" och "När tiden drar ut på tiden"	Hög kvalitet
<p><b>Författare:</b> Karlsson, V., Bergbom, I. &amp; Forsberg, A.  <b>Titel:</b> The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study  <b>Årtal:</b> 2011  <b>Land:</b> Sverige  <b>Tidskrift:</b> Intensive and Critical Care Nursing</p>	Belysa den levda upplevelsen från patienter som var vid medvetande under respiratorvård på en intensivvårdsavdelning.	<p>Kvalitativ design.  Fenomenologisk-hermeneutisk design.</p>	Intervjuer i form av en dialog. Utfördes efter utskrivning från IVA. Dessa intervjuer var uppföljande intervjuer till en annan studie utförd av samma författare.	15 patienter som uppfyllde kriterierna för att delta. En patient tackade nej, en dog och en drog sig ur på grund av nedsatt ork. Detta resulterade i ett deltagarantal på 12 patienter.	Ja	Studien resulterade i 8 teman; "Att vara beroende av respiratorvård för att överleva", "Att be tvingad att böja sig för andra", "Att behöva underkasta sig andra människors vilja att förstå icke-verbal kommunikation", "Att mista kontrollen", "Att behöva genomlida", "Att uppleva någon slags kontroll", "Att göras delaktig" och "Längtan efter självständighet"	Hög kvalitet
<p><b>Författare:</b> Karlsson, V. &amp; Forsberg, A.  <b>Titel:</b> Health is yearning - Experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit.  <b>Årtal:</b> 2007  <b>Land:</b> Sverige  <b>Tidskrift:</b> Intensive and Critical Care Nursing</p>	Utforska erfarenheter av att vara vid medvetande under respiratorvård på IVA från ett patientperspektiv.	<p>Kvalitativ design.  Hermeneutisk-fenomenologisk metod.</p>	Ostrukturerade intervjuer	10 tidigare patienter tillfrågades. De var strategiskt utvalda för att möjliggöra en bredare bild av upplevelsen. Åtta tidigare patienter tackade nej.	Ja	Fyra teman uppdagades; "Minnen", "Bemästra ens egna situation", "Ett förnyat jag" och "Bekräftelse".	Hög kvalitet

Studie	Syfte	Design	Metod	Urval	Etiskt godkänd	Resultat	Kvalitet enligt CASP
<p><b>Författare:</b> Karlsson, V., Lindahl, B &amp; Bergbom, I.  <b>Titel:</b> Patients' Statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: a prospective video-recorded study.  <b>Årtal:</b> 2011  <b>Land:</b> Sverige  <b>Tidskrift:</b> Nursin Inquiry</p>	<p>Att beskriva patienters erfarenheter av situationen av att vara medvetna vid mekanisk ventilation och hur de kommunicerar och deras ansiktsuttryck under en videoinspelad intervju.</p>	<p>Kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys med en hermeneutisk design.</p>	<p>Videoinspelade intervjuer som transkriberades.  Den kvantitativa delen tolkade patienternas ansiktsuttryck under intervjuerna.</p>	<p>15 patienter var inbjudna att delta men en tackade nej så 14 deltog och de var mellan 23–88 år.</p>	<p>Ja</p>	<p>Resultatet av den kvalitativa delen identifierade sex teman: "Tuben och trackestomin orsakade smärta, obehag och andningssvårigheter", "Sugprocessen orsakade smärta men också lättnad", "Tuben tog bort rösten och gjorde kommunikationen konstig", "Närvaro av anhöriga och sjuksköterskor framkallade känsla av trygghet och välbefinnande", "Hopp och längtan av att vara frisk och återgå till ett normalt liv" och "Att inte kunna sova och vila"</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p><b>Författare:</b> Laerkner, E. Egerod, I. &amp; Ploug Hansen, H.  <b>Titel:</b> A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit.  <b>Årtal:</b> 2017  <b>Land:</b> Danmark  <b>Tidskrift:</b> International Journal of Nursing Studie</p>	<p>Att utforska patienters upplevelse av att vara vakna under allvarlig sjukdom och i respirator på intensivvårdsavdelning</p>	<p>Kvalitativ med en induktiv ansats.  Inspirerad av etnografi, grounded theory och fenomenologi.</p>	<p>Observation och intervjuer</p>	<p>28 patienter <math>\geq 18</math> år observerades under iva vistelsen 1–6 dagar och 22 patienter av dessa intervjuades med en öppen ingångsfråga och sedan ja och nej frågor, 2 avbröt pga utmattning Andra intervjun var semistrukturerad, 13 av dessa intervjuades 2–4 månader efter utskrivning.</p>	<p>Ja</p>	<p>Tre teman identifierades som fångade djupet och variationen i patienternas upplevelse: "En känsla av inverkan", Det bekanta i en främmande situation" och "Medvetenheten om omgivningens aktiviteter".</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p><b>Författare:</b> Roberts, M., Johnson Bortolotto, S., Weyant, R, A. &amp; LaLonde, T.  <b>Titel:</b> The experience of acute mechanical ventilation from the patient's perspective.  <b>Årtal:</b>2019  <b>Land:</b> USA  <b>Tidskrift:</b> Dimensions of Critical Care Nursing</p>	<p>Syftet var att fastställa de genomgripande komponenterna för patientupplevelsen och hur upplevelsen kan ha påverkats av riktade, lätta sederingsmetoder.</p>	<p>En kvalitativ och en kvantitativ del med en fenomenologisk design</p>	<p>Intervjuer med 4 ingångsfrågor och sedan öppna frågor.</p>	<p>15 patienter intervjuades och de hade en gemensam medelålder på 61,8 år.</p>	<p>Ja</p>	<p>Tre teman identifierades; "upplevda känslor kontra kunskap eller minnen av händelsen", "kommunikationsproblem eller brister i förmågan att kommunicera" och "närvaro av fysisk och/eller känslomässig smärta och förluster av kontroll".</p>	<p>Hög kvalitet</p>

Studie	Syfte	Design	Metod	Urval	Etiskt godkänd	Resultat	Kvalitet enligt CASP
<p><b>Författare:</b> Schou, L. &amp; Egerod, I.  <b>Titel:</b> A qualitative study into the lived experience of post-CABG patients during mechanical ventilator weaning.  <b>Årtal:</b> 2007  <b>Land:</b> Danmark  <b>Tidskrift:</b> Intensive and Critical Care Nursing</p>	Att frambringa en samtida beskrivning av patientens upplevelse av urträning från respirator.	En beskrivande kvalitativ design.	Semistrukturerade djupa intervjuer.	Initialt rekryterades 15 patienter. Senare valde fem patienter att hoppa av innan studien hade börjat. 10 patienter deltog i studien	Ja	Studien genererade tre huvudteman; "Generella fenomen", "Psykologiska fenomen" och "Existentiella fenomen"	Hög kvalitet
<p><b>Författare:</b> Tingsvik, C., Hammarskjöld, F., Mårtensson, J. &amp; Henricson, M.  <b>Titel:</b> Patients lived experience of intensive care when being on mechanical ventilation during the weaning process: A hermeneutic phenomenological study.  <b>Årtal:</b> 2018  <b>Land:</b> Sverige  <b>Tidskrift:</b> Intensive &amp; Critical Care Nursing.</p>	Att utforska innebörden av att vara patient med mekanisk ventilation under avvänjningsprocessen på intensivvårdsavdelning	En utforskande och induktiv design med ett hermeneutiskt fenomenologiskt förhållningsätt.	Semistrukturerade intervjuer  2-4 månader efter utskrivningen från intensivvårdsavdelning.	20 patienter intervjuades och åldern var mellan 43–82 år.	Ja	Resultatet genererade i fem teman; "Upprätthålla människovärdet", "Acceptera situationen", "Uthärda svårigheter", "Otilräcklig interaktion" och "En känsla av överklighet". Upplivelsen skilde sig från varandra och varierade över tid samma patient uttryckte både trevliga och obehagliga upplevelser. Avvänjningen var inte en separat upplevelse utan sammanflätad med att vårdas i respirator på intensivvårdsavdelning.	Hög kvalitet

### Förklaring av hur CASP har använts:

Gransknings formuläret bestod av 10 frågor där varje enskild fråga skulle besvara med: Yes, Can't tell eller No.

Poängsättningen på frågorna	
Yes	2 poäng
Can't tell	1 poäng
No	0 poäng

Vilken kvalitet respektive poäng gav	
Hög kvalitet	19–20 poäng
Medelhög kvalitet	17–18 poäng
Låg kvalitet	≤16 poäng

