



Kristin Kolloen, intensivsykepleier, intensivavdelingen, Sykehuset Innlandet HF, Hamar.

Pasienter på intensiv trenger oppfølging

Mange intensivpasienter sliter med angst og depresjon etter opphold på intensivavdeling.

Som sykepleier i intensivavdeling har jeg alltid lurt på hva pasientene som har ligget på respirator husker fra et intensivopphold. Jeg har fundert på hvordan de opplever pleien og hvordan de har det i etterkant av akutt kritisk sykdom. Dette temaet ble jeg enda mer opptatt av da jeg selv ble utsatt for akutt kritisk sykdom og ble intensivpasient.

Metode

For å finne relevant litteratur om emnet benyttet jeg følgende søkeord: intensiv care unit, intensive patient, intensive care, memory, memory disorder, patientparticipation, critically ill patients, acute posttraumatic stress syndrom, adaptation. Søkeordene ble søkt på hver for seg og i ulike kombinasjoner. Databasene jeg benyttet meg av i søkene var SweMed+, Embase, Medline, CIHNAL og PubMed.

Det har vist seg å være relevante sammenhenger mellom pasientens minner fra behandlingsforløpet og psykiske problemer i ettertid. Intensivoppholdet gir dyptgripende minner som setter spor (1). En systematisk kartlegging av pasientens subjektive opplevelse kan bidra til økt forståelse og ny sykepleiekunnskap. Forutsetningen for å utøve god sykepleie er sykepleierens evne til å sette seg inn i pasientens situasjon (2).

Pasientens minner

Flere studier beskriver pasientenes ubehagelige og stressende minner fra et intensivopphold. Man kan kategorisere minnene i ulike grupper: Factual memories (minner om reelle ting), sensation memories (følelser rundt det å være pasient) og emotional memories (psykologiske følelser). (2,3,4,5,6). Pasienten kan ha et reelt minne, for eksempel om tube som kan gjøre det vanskelig å snakke, som igjen kan gi angst og redsel.

Intensivsykepleieren må ha kunnskap om pasientens subjektive opplevelse for å vite hva og hvordan man kan forebygge. Eva Gjengedals undersøkelse fra tidlig på nittitallet viste at følgende opplevelser var vanlige hos intensivpasienter: tap av stemme, betydning av medmennesker, angst og utrygghet, endret tids-

perspektiv og endret kroppsfølelse (2). De vanligste minnene i Capuzza med flere sin studie inkluderte tuben, andre pasienter, å være ukomfortabel, ha vanskelig for å snakke, problemer med å puste, tørst, angst, mareritt og hallusinasjoner (3).

De fleste opplevde det som ekstremt plagsomt og veldig ubehagelig at tuben reduserte evnen til å kommunisere. I Samuelson med flere sin studie av erfaringer hos intensivpasienter husket de fleste det å være koblet til tuben og slanger, være tørst og problemer med å snakke som mest stressende (6).

Vonde opplevelser

Pasientene beskriver minner om frykt som hallusinasjoner, paranoide vrangforestillinger eller mareritt. Pasientene rapporterer ofte at disse minnene er svært reelle og vanskelige å skille fra virkeligheten (7). En pasient forteller at han levde i sin egen drømmeverden på intensiv, som han opplevde som helt reell (1). De fleste pasientene rapporterte en blanding av reelle minner og drømmer (8). Pasienter som har ligget på respirator har ofte hatt mareritt og hallusinasjoner (6). De husker gjerne ufullstendige minner og levende uvirkelige opplevelser som vrangforestillinger og hallusinasjoner (9). De rapporterer om mareritt, angst og panikk, problemer med å puste og følelsen av kvalning. Pasientene rapporterte også frykt knyttet til aktiviteter på intensiv, ansatte og medisinsk utstyr (4). Enkelte pasienter husker litt, andre husker mye og noen ingen ting fra et intensivopphold. Dette kan ha med graden av sedering å gjøre (3,6,10).

PTSD

Posttraumatisk stressyndrom (PTSD) relatert til opphold i intensivavdeling er basert på at intensivpasienten opplever forferdelige hendelser hinsides normal menneskelig erfaring (11). Vrangforestillinger og utvikling av PTSD har blitt et signifikant problem for mange pasienter i etterkant av intensivopphold (3,4,5,8,9,10,12,13,14). Utvikling av PTSD har blitt relatert til ulike uheldige opplevelser pasientene hadde på intensiv. Pasientenes erfaringer varierer fra få eller ingen minner til saklige

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- › Intensiv
- › Kritisk sykdom
- › Dokumentasjon
- › Stress



reelle minner. Andre igjen husker bare smerter, suging og mangel på søvn. Minner om mareritt, hallusinasjoner eller paranoide hendelser er framtrepende. Mange pasienter hadde skremmende vrangforestillinger som har gitt varige minner (9).

Gir dype spor

Studier viser at pasienter som er preget av erfaringer fra et intensivopphold risikerer å utvikle PTSD. Datainnsamling viser at erfaringene preger pasientene i alt fra fem dager til 12 måneder etter et opphold på intensivavdeling (3,4,5,8,9,10,12,13,14).

Storli med flere intervjuet pasienter ti år etter et intensivopphold og fant at minner om kroppsfølelse og emosjonelle følelser fremdeles var overraskende sterke. Studien konkluderer med at en periode med kritisk sykdom og opphold på intensivavdeling kan etterlate seg dype spor i pasientens liv (14). To uker etter intensivoppholdet er det høy risiko for at pasienten utvikler akutt PTSD som igjen kan utvikle seg til å bli kronisk dersom dette ikke blir fulgt opp. Pasienter som rammes av PTSD en til tre måneder etter intensivbehandling bør bli behandlet for ikke å utvikle kronisk PTSD (9).

Forebygging

Det er viktig å ta utgangspunkt i pasienterfaringer for å forebygge PTSD. I dette arbeidet er intensivsykepleierens lindrende- og rehabiliterende funksjon svært viktig. Dersom man ikke har lyktes i å lindre alle ubehagelige opplevelser fra en situasjon på intensivavdeling, må disse opplevelsene bearbejdes for at pasienten skal kunne rehabiliteres tilbake til et meningsfullt liv uten PTSD. Som intensivsykepleier har man ansvar for å bidra etter beste evne til å forebygge PTSD. Forebygging må til for å styrke helsen. Denne tenkningen innen sykepleie beskriver Aron Antonovsky (1923–1994) som salutogenese. Antonovskys modell fokuserer på forbindelsen mellom sammenheng, problemhåndtering og helse (15).

Informasjon

God kommunikasjon er viktig for å redusere stress i forbindelse med medisinsk behandling og de problemer intensivmiljøet skaper for pasienten. Informasjon kan bidra til å strukturere det kaoset pasienten opplever (16). Det er viktig å gi informasjon når

den vanlige hverdagen kan føles lang. Mange føler seg ensomme og savner ektefelle, pårørende og venner (6). Intensivsykepleieren kan bidra til å gi den vanskelige situasjonen pasienten er i mening ved å fokusere på de ressursene og kreftene pasienten har (19). Intensivsykepleieren kan også hjelpe til med å lindre den ubehagelige opplevelsen ved å trekke pårørende inn som en ressurs (16,20). Pasienter beskriver familiemedlemmer som viktige for å bekjempe sykdommen og komme tilbake til livet. Intensivsykepleieren kan bruke pårørende for å finne ut hva som er viktig i pasientens dagligliv. Hva kan være positivt for pasienten å fokusere på, og hva har han å se frem til?

Oppfølging

Opplevelse av mening kan motivere pasienten til innsats. Han kan motiveres til å kjempe, anstrenge seg og til å holde ut (14). Å være intensivpasient er en påkjenning og en opplevelse som sitter i kroppen resten av livet. Studier viser at oppfølging av pasientene er nødvendig for å hjelpe dem til å skille mellom virkelige og uvirkelige minner. Et oppfølgingsprogram vil gi kunnskap, samt imøtekomme pasientenes psykologiske behov. Sykepleier kan bidra til å aktivere pasientens mestringsstrategier gjennom informasjon og kommunikasjon med pasienter og pårørende (5,8,21).

Bruk av oppfølgingsenhet har økt sykepleieres forståelse for de konsekvenser et intensivopphold kan medføre. Oppfølgingsenhet har også gitt pasienter og pårørende hjelp til å bearbejde problemer og stress som følge av kritisk sykdom og intensivbehandling (22).

Dagbok

Dagbok fra intensivoppholdet hjelper pasientene og pårørende til å forstå tiden på intensivavdelingen (7,11). Dagboken kan gi informasjon som kan fylle det «tomrommet» i hukommelsen som ofte oppstår hos intensivpasienter. Dagboken blir da en kilde til å forstå kroppens erfaringer bedre, eller til å forstå erfaringer på en annen måte (22). Den kan også være et tiltak fra intensivsykepleieren som erstatter «minnehulet» i pasientens liv fra tiden på respirator, og kan være en kilde til å besvare pasientens spørsmål. Gjennomgang av dagboken sammen med en intensivsykepleier kan gjøre at det uforståelige blir forståelig og at ting faller på plass for pasienten (22).

Besøk på intensivavdelingen

Å dra tilbake til intensivavdelingen på besøk kan også være bra for pasienten. Ved «å føle rommet» faller erfaringene på plass og blir realistiske (1,22). Jeg synes selv at det å besøke avdeling i ettertid var en positiv opplevelse. Å se rommet var en ting, men det var også fint å møte personalet. Det å snakke med personalet ga meg en indre ro. Jeg ser to positive sider ved å dra tilbake til intensivavdelingen på besøk. I tillegg til at ting kan falle på plass for pasienten får personalet se en pasient de har kjempet for i live. Det er viktig i en hverdag med mye triste skjebner å se at ting kan gå bra. Det motiverer til å fortsette i jobben.

Det er viktig med ulike tiltak etter intensivbehandling for å forebygge at posttraumatisk stressyndrom oppstår, eller for å forebygge at syndromet utvikles dersom det allerede har oppstått. Det å behandle pasienter i en intensivavdeling gir konsekvenser. Man bør ikke se på behandlingen som avsluttet når pasienten utskrives fra avdelingen. Som intensivsykepleier bør man tenke på hva som kan bli konsekvensene av det man utfører og måten man utfører handlinger på. Man må også være behjelpelig med oppfølging av pasienten dersom det er et behov

Vrangforestillinger og utvikling av PTSD er et problem for mange pasienter i etterkant av intensivopphold.

en pasient ligger i respirator og gjenta informasjonen i ettertid for at pasienten skal oppnå forståelse og gjenvinne kontroll (17). Pasienter beskriver at kontinuerlig, velbalansert og profesjonell informasjon gir dem en form for kontroll. Ufullstendig og uforståelig informasjon kan gi angst og fortvilelse hos pasienten (17,18). Trygghet er viktig for å skape tillit (18). Noen pasienter greier ikke å skille mellom hva som er reelt og ikke reelt når de får vrangforestillinger mens de ligger på respirator (1,2,3,5,7,8,13.). De beskriver at personalets tilstedeværelse får dem til å føle seg trygge. Pasientene beskriver også at de blir stresset dersom personalet opptrer stresset (18).

Familie viktig

Å være intensivpasient kan føles meningsløst. Veien tilbake til

Å være intensivpasient kan føles meningsløst.

for det. Intensivsykepleieren har både fagkunnskap og erfaring som kan hjelpe pasienten i ettertid.

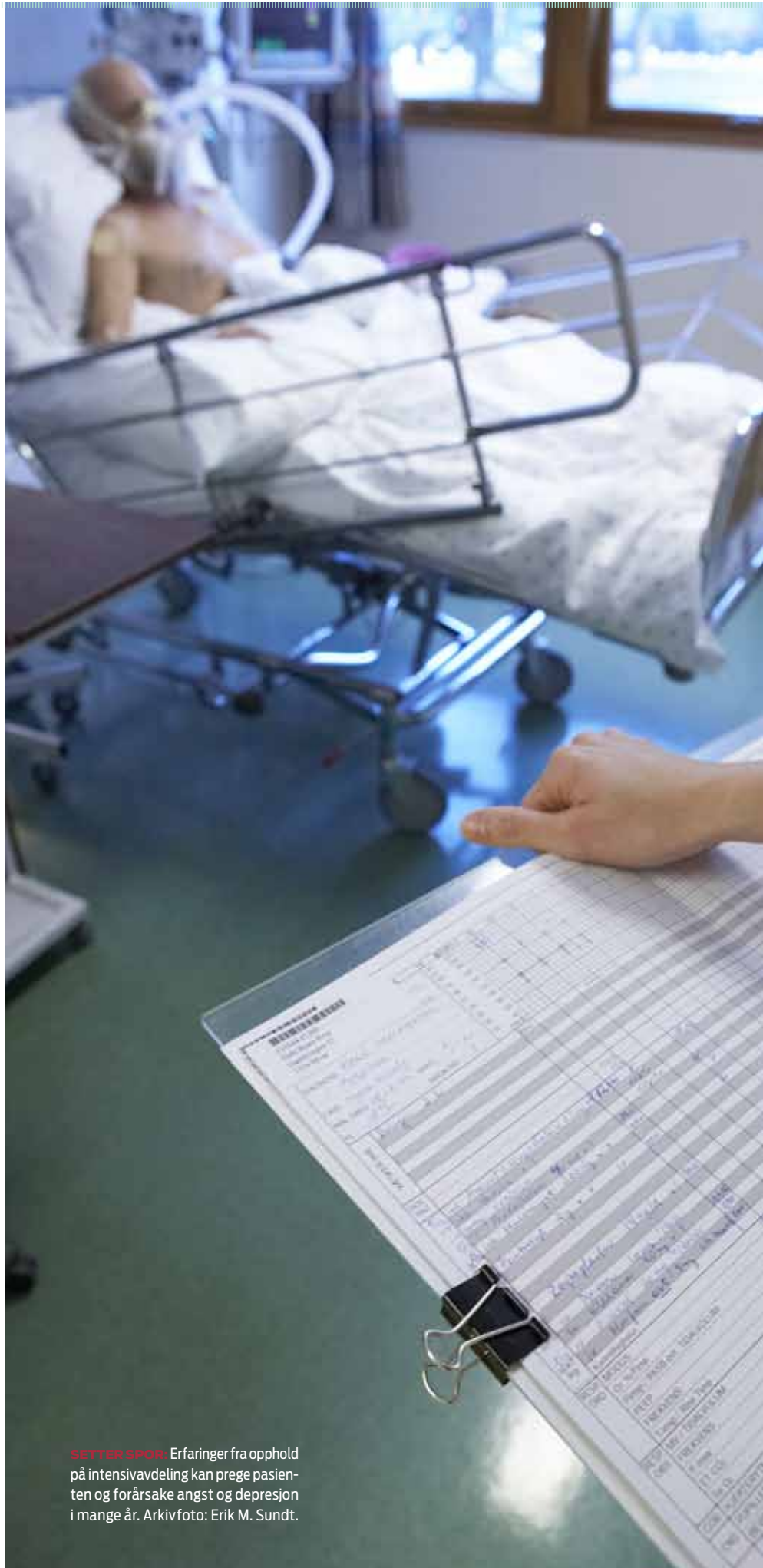
Konklusjon

Forskning viser at pasientene sitter igjen med erfaringer etter opphold på intensivavdeling som en intensivsykepleier kan dra nytte av i pleien. Intensivsykepleieren har et ansvar for å forebygge PTSD hos intensivpasienten. Jeg kjenner meg igjen i mange av de erfaringene pasientene beskriver fra jeg selv var intensivpasient. Det forsterker min oppfatning av at pasienterfaringer er viktig for kunnskapsutvikling hos intensivsykepleieren. Brukerkunnskap er en viktig del av det å jobbe kunnskapsbasert. Pasientene representerer en ressurs for helsepersonell som kan bidra til å øke deres kompetanse. Det å være intensivpasient setter spor!

Artikkelen har sitt utgangspunkt fra fordypningsoppgave i videreutdanning i intensivsykepleie ved Høgskolen i Gjøvik. ■■■

LITTERATUR

1. Storli S, Asplund K, Heggen K, Bengtsson J, Engelsrud G. Living with experiences and memories from being in intensive care: a lifeworld perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleierforskning* 2004; 6(3): 22–37.
2. Gjengedal E. Pasientopplevelser som grunnlag for kunnskapsutvikling. I: Kirkevold M, Nortvedt F, red. Klokskap og kyndighet: Kari Martinsen innflytelse på norsk og dansk sykepleie. Oslo: Ad notam Gyldendal, 1993: 190–199.
3. Capuzzi M, Pinamonti A, Cingolani E, Grassi L, Bianconi M, Contu P, Gritti G, Alvisi R. Analgesia, sedation and memory of intensive care. *Journal of Critical Care* 2001; 16 (3): 83–89.
4. Granja C, Ernestina G, Augusta A, Orquidea R, Cgristina J, Antonio C, Altrmiro CP. Understanding posttraumatic stress disorder-related symptoms after critical care: The early illness amnesia hypothesis. *Critical Care Medicine* 2008; 36 (10): 2801–2809.
5. Løf L, Berggren L, Ahlstrøm G. ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: Follow-ups after 3 and 12 months. *Intensive & Critical Care Nursing* 2008; 24 (2): 108–121.
6. Samuelson KA, Dag L, Bengt F. Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care* 2007; 12 (2): 93–104.
7. Griffiths RD, Jones C. Filling the intensive care memory gap? *Intensive Care Medicine* 2001; 27 (2): 344–346.
8. Roberts B, Rickard C, Rajbhandari D, Reynolds P. Patients' dreams in ICU: Recall at two years post discharge and comparison to delirium status during ICU admission A multicentre cohort study. *Intensive Critical Care Nursing* 2006; 22 (5): 264–273.
9. Jones C, Richard DG, Gerry H, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine* 2001; 29 (3): 573–580.
10. Treggiari M, Romand JA, David Y, Sreven AD, Jack G, Leonard H, Claudia pH, Noel SW. Randomized trial and light versus deep sedation on mental health after critical illness. *Critical Care Medicine* 2009; 37 (9): 2527–2534.
11. Griffiths RD, Jones C. Intensive care aftercare. Oxford: Butterworth Heinemann, 2002.
12. Cuthbertson BH, Aastair H, Mary S, Judith S. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Medicine* 2004; 30 (3): 450–455.
13. Samuelson KA, Dag L, Bengt F. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients—a 2 month follow-up study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007; 51 (6): 671–678.
14. Storli SL, Anders L, Kenneth A. A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nursing in Critical Care* 2008; 13 (2): 86–96.
15. Antonovsky A. *Helbredets mysterium: at tale stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag, 2000.
16. Dybvik K. *Respiratorbehandling: lærebok for sykepleiere*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, 2000.
17. Christensen M, Hewitt–Taylor J. Patient empowerment: Does it still occur in the ICU? *Intensive & Critical Care Nursing* 2007; 23 (3): 156–161.
18. Wählin I, Ek AC, Idvall E. Patient empowerment in intensive care—An interview study. *Intensive & Critical Care Nursing* 2006; 22 (6): 370–377.
19. Stang I. *Makt og bemyndigelse: om å ta pasient- og brukemedvirkning på alvor*. 1. utgave 2. opplag. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, 1998.
20. Moesmand AM, Kjøllesdal A. *Å være akutt kritisk syk: om pasientens og de pårørendes psykologiske reaksjoner og behov*. 2 utgave 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, 2004.
21. Corrigan I, Karin AMS, Bengt F, Bibbi T. The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive & Critical Care Nursing* 2007; 23 (4): 206–215.
22. Storli SL, Lind R. (2009). The meaning of follow-up in intensive care: patients perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009; 23 (1): 45–56.



SETTER SPOR: Erfaringer fra opphold på intensivavdeling kan prege pasienten og forårsake angst og depresjon i mange år. Arkivfoto: Erik M. Sundt.