

”Att ha svävat mellan liv och död”

**– En fenomenologisk hermeneutisk studie
av akuta och livshotande sjuka patienters
upplevelser och erfarenheter under tiden de
återhämtar sig**

Eskilstuna 2012-01-06

Författare: Carina Palesjö

Handledare: Carin Benjaminson

:

Sammanfattning

Studiens syfte har varit att analysera och tolka akuta och livshotande sjuka patienters upplevelser och erfarenheter under tiden de återhämtar sig från sin sjukdom. En fenomenologisk hermeneutisk metod har använts (Lindseth, & Norberg, 2004). Studien är baserad på sju intervjuade personer som har vårdats på en intensivvårdsavdelning. Resultaten visar att alla informanterna upplevt att de har svävade mellan liv och död, varit nära döden, varit utelämnade, iakttagna av vårdpersonalen och närstående utan att de själva visste om det. Detta under tiden som de upplevde att verklighet var överklig, det vill säga när de var omedvetna. När de vaknade och blev närvarande började de kämpa mot allvaret och de upplevde sig som disharmoniska och ur balans. De upplevde att deras liv hade förändras. Under tiden informanterna återhämtade sig ville de träna och motionera för att få tillbaka kraften, balansen och harmonin i livet, trots att deras återhämtning blev både svår och lång. De längtade hem och upplevde att vårdpersonalen inte alltid förstod vilken hjälp och vilket stöd de behövde. Studiens slutsatser är att mer förståelse behövs för vad dessa patienter går igenom under återhämtningstiden. Omvårdnaden kan förbättras och utvecklas vilket skulle kunna effektivisera vården med kortare vårdtider. Slutsatsen är även att omvårdnadens värdegrund såsom integritet, värdighet och förhållningssätt måste tydliggöras för vårdpersonalen. Intensivvårdens uppföljningsverksamheter behöver bli bättre på att uppmärksamma dessa patienter, rehabiliteringen behöver utvecklas samt mer resurser behöver läggas på kompetensutveckling för vårdpersonalen, så att de kan hjälpa och stödja dessa patienter både fysiskt och psykiskt.

Konklusion

Mera forskning och resurser behövs för att förbättra och utveckla omvårdnaden för akuta och livshotande sjuka patienter under deras återhämtningsperiod, vilket skulle kunna ge kortare och enklare vårdtider och därmed en kostnadseffektivare vård.

Nyckelord

Intensivvård, akut och livshotande sjukdom, återhämtning, livsvärld, lidande.

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	5
2. Bakgrund.....	5
2.1 En förståelse genom livsvärldsperspektivet.....	5
2.2 Lidandet och hälsa i tillvaron.....	6
2.3 En meningsfullare omvårdnad	6
2.4 Intensivvård och omvårdnad.....	7
2.5 Återhämtning som är svår att mäta	7
2.6 Intensivvårdspatienters upplevelser under den tid som de återhämtade sig	8
2.7 Uppföljning av patienter som nyligen har vårdats på en intensivvårdsavdelning	9
2.8 Tidigare forskning.....	9
3. Problemområde	10
4. Syfte	10
5. Frågeställningar.....	10
6. Metod.....	10
6.1 Tillvägagångssätt	11
6.2 Datainsamling.....	12
6.3 Urval	12
6.4 Genomförandet av den tematiska strukturanalysen	13
6.5 Förförståelsen.....	14
7. Etiska aspekter	14
8. Resultat.....	16
8.1 Att ha varit utlämnad	17
a) <i>Att vara iakttagen utan att veta</i>	17
8.2 Att ha gränsat mellan de - överkliga - omedvetna – närvarande.....	18
a) <i>Att vara ovetande och överklig</i>	19
b) <i>Att vara omedveten</i>	19
c) <i>Att kämpa mot allvaret</i>	20
8.3 Att förändras med den akuta och livshotande sjukdomen	21
a) <i>Att vara i nuet</i>	21
b) <i>Att vara i en vändning</i>	22
c) <i>Att vara motiverad</i>	22
d) <i>Att vara osäker</i>	23
8.4 Att lida under sin återhämtning	24

<i>a)Att lida för sitt liv</i>	24
<i>b)Att lida utan förbindelse</i>	24
<i>c)Att konfrontera ett lidande</i>	26
<i>d)Att lida utan empati från vårdpersonalen</i>	26
<i>e)Att lida utan lindring</i>	27
<i>f)Att få lindring</i>	28
9. Diskussion	29
9.1 Resultatdiskussion	29
9.2 Metoddiskussion	32
10. Konklusion	32
Referenslista	34

Bilagor:

Bilaga 1, *Förfrågan till verksamhetschefen för Anestesikliniken på ett sjukhus i Sörmland*

Bilaga 2, *Förfrågan om deltagande i studien*

Bilaga 3, *Förfrågan om medgivande*

Bilaga 4, *Deltagarens samtycke*

Bilaga 5, *Brev till deltagare*

Bilaga 6, *Hälsoenkät (SF-36)*

1. Introduktion

Intensivvården kan idag rädda fler akut- och livshotande sjuka människor men ett flertal studier har visat att dessa patienter har stora vårdbehov även efter den akuta fasen. Dessa vårdbehov kan vara svåra att uppmärksamma, att bedöma och att sätta rätt diagnos eller prognos på (Griffiths, & Jones, 2007; Larsson, & Rubertsson, 2005). Det finns studier som visar att återhämtning kan vara lång och svår (Griffiths, & Jones, 2007; Samuelsson, 2007). Tidigare studier visar att när patienterna ska flyttas över till vårdavdelningen har de fortfarande stora vårdbehov även om deras sjukdom inte längre är akut och livshotande. Dessutom kan vårdresurserna på vårdavdelning vara begränsade och vårdpersonalen kan sakna kunskap och kompetens för att kunna stödja och hjälpa patienterna under deras återhämtning (SFAI, 2009; SIR, 2011; Eriksson, 1995; Griffiths, & Jones, 2007; Bench, & Day, 2010). Denna resursbegränsning och okunskap gör att flera i denna patientgrupp får ångest och oro samt kan känna sig stressade när de inte ges möjlighet att få den omvårdnad de har behov av. Flera av dessa patienter kan allvarligt försämrats, vilket kan leda till ökat vårdbehov som återigen kan leda till behov av intensivvård. Sedan 1990-talet har vårdpersonalen inom intensivvården börjat följa upp dessa patienters. Flera av patienterna har ofta stora fysiska och psykiska vårdbehov/problem, men det saknas studier som beskriver deras erfarenheter och upplevelser under återhämtningstiden (Griffiths, & Jones, 2007; Granberg – Axéll, 2001; Samuelsson, 2007). För att fördjupa kunskapen om patienters återhämtning från akuta och livshotande sjukdom är det övergripande syftet med denna studie att analysera och tolka denna målgrupps upplevelser och erfarenheter under återhämtningstiden.

2. Bakgrund

2.1 En förståelse genom livsvärldsperspektivet

I denna studie används författaren Husserls fenomenologiska livsvärldsperspektiv för att förstå akuta och livshotande sjuka patienters upplevelser och erfarenheter under tiden de återhämtar sig. Människans livsvärld är den värld som upplevs omedelbart, oberoende av eller före några förklaringar i vardagslivet (Kvale, 1997; Bengtsson, 1988). Människor med akuta och livshotande sjuka kan aldrig förstås som sak eller ett objekt. De är människor som lever som subjekt genom sina kroppar vilka också är deras levande helhet, enligt Merleau-Ponty (1995) i (Dahlberg, 1997). För att även kunna se deras "varanden" gör författaren Heidegger en vidareutveckling av Husserls fenomenologi. Detta varande kommer att tolkas och om det är något som gömmer sig i studiens målgrupps verklighet kommer det att synliggöras. Det är det osynliga varat-i-världen som kommer att struktureras, bli synligt och presenteras i resultatet (Dahlberg, 1997). Genom att ta del av patientgruppens upplevelser, kan författaren få en ökad förståelse för deras existens, vilket kan tolkas enligt hermeneutikerna Heideggers och Gadamers teorier. Författaren har använt sig av denna tolkningsram för att omvandla upplevelser och erfarenheter från studiens målgrupp till nya kunskaper (Dahlberg, 1997; Kvale, 1997; Bengtsson, 1988). Tolkningen av patientgruppens olika livsvärldar kan visa på att det finns möjligheter och hinder i deras vardagsliv (Hyldegaard, 2006).

2.2 Lidandet och hälsa i tillvaron

Begreppet lidande är relaterat till sjukdom och till livet men också till omvårdnad. När människor upplever lidande berörs hela kroppen, själen och anden. Alla människor kommer att lida någon gång. Eriksson (1994) beskriver tre former av lidande: sjukdoms-, vård- och livslidande. Först är det sjukdom som på grund av symtom ger en upplevelse av ett illabefinnande¹. Omvårdnad kan ge upphov till ytterligare lidande, ett vårdlidande. Eriksson (1994) menar att inom vården kan ett lidande skapas när en patient vårdas på ett otryggt, osäkert sätt och att vårdpersonal kan medvetet eller omedvetet kränka patientens värdighet. En patient kan möta ett livslidande som ett hot mot hela sin existens. Det är det självklara i livet som rubbas och som plötsligt hotas att tas ifrån en (Eriksson, 1994). Det finns flera studier som visar att patienter som är akuta och livshotande sjuka lider när de ska återhämta sig. Dels kämpar de för att överleva och dels svävar de mellan liv och död (Griffiths, & Jones, 2007). Dessutom sviktar deras kroppar och de måste ta emot intensivvårdens medicinska behandlingar för att överleva. Dessa behandlingar kan vara smärtsamma och obehagliga. Smärtsamma och obehagliga upplevelser anses ibland av vårdpersonal vara det pris som patienterna får betala för att de ska bli friska (Larsson, & Rubertsson, 2005). Det är en smärta som kan ge upphov till vårdlidande. Denna smärta kan även senare föra med sig att dessa patienter upplever sig som begränsade (Griffiths, & Jones, 2007). När denna smärta hindrar oss att leva tillsammans med andra blir det ett lidande. När patienter lider, gör de det i en process, där de kämpar mellan gott och ont samt mellan liv och död (Eriksson, 1994; Wiklund, 2003). Edlund (2002) menar att hälsa är att känna sig som en hel människa och att få känna sig värdig. Människors hälsa är något relativt som inte kan mätas då hälsa uppfattas olika och är beroende av vår kulturbakgrund. Det går inte heller att ge hälsa till någon men det går att hjälpa och stödja de som lider (Eriksson, 1987). Hälsa beskriver Eriksson (1994) såsom friskhet, sundhet och välbefinnande. Hälsa kan vara i en rörelse. En rörelse som är på olika nivåer, vilka är görande, varande och vardande. På görandets nivå berörs den svåra sjukdomen, medans på varandets nivå berörs hälsan genom patientens behovstillfredsställelse och på vardandets nivå (den djupaste nivån) berörs patientens hälsa i relation till hoppet, tron och kärleken till livet och till välbefinnandet. Hälsa är en process där upplevelsen av sig själv som sjuk eller frisk beror på objektiva tecken av ohälsa. Men det finns även svårt sjuka människor som upplever ett välbefinnande (Eriksson, 1987).

2.3 En meningsfullare omvårdnad

Studier visar att patienter som ska återhämta sig efter att ha varit akut och livshotande sjuk har stora vårdbehov, de kan vara förvirrade och stressade. Dessutom kan vårdpersonalens resurser vara begränsade och de kan sakna kompetens (Granberg Axéll, 2001; Griffiths, & Jones, 2007). Det som kan motivera vårdpersonalen i utförandet av omvårdnaden är de möjligheter som finns till att lindra patienters lidande, vilket kan upplevas meningsfullt för vårdpersonalen. Detta kan ske om vårdpersonalen använder sig av ett etiskt förhållningssätt. Det gäller att vårdpersonalen har förutsättningar för att lindra patientens lidande och att de förstår vad patienten går igenom under sjukdomstiden. Vårdpersonalen kan åtgärda och behandla sjukdomen på ett mellanmänskligt plan, genom att utgå från en hälsomodell där begrepp som ansa, leka, lära ingår i omvårdnaden (Eriksson, 1987). Tillit, tillfredsställelse, välbehag och en känsla av att vara i utveckling kan då skapas. Ansa innebär att gynna hälsoprocessen genom att till exempel bekräfta patienten, hjälpa patienten med hygien, att patienten får möjlighet att uttrycka känslor och bearbeta ångest. I leken är syftet att förena fantasin med verkligheten och i situationen ta tag i patientens problem och se framtida möjligheter. Lärandet handlar om utveckling och förändring. En förståelse kan utvecklas för

¹ Illabefinnande är subjektiva tecken på ohälsa eller upplevd ohälsa (Eriksson, 1994).

exempel hur patienter sköter sitt insulin eller hur patienten uttrycker känslor eller avleder ångest (Eriksson, 1987, 1994; Wiklund, 2003).

2.4 Intensivvård och omvårdnad

På en intensivvårdsavdelning är medarbetarna tvärprofessionella som exempelvis narkosläkare, intensivvårdsjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster och konsulterande specialist läkare, kuratorer (Larsson, & Rubertsson, 2005). Det kan vara svårt för vårdpersonalen att till en början lägga fokus på patientens hela livssituation när hans/hennes liv ska räddas utan istället läggs den på den räddande medicinska behandlingen (Stolt, 2003). Inom intensivvården kan liv räddas genom medicinska insatser men intensivvården orsakar också omvårdnadsproblem/behov som att patienter exempelvis kan känna sig muskelsvaga, de kan få svullnader, bli trötta och få minskad matlust eller kan känna oro och ångest. Inom intensivvård vårdas patienter i högteknologiska miljöer. Denna miljö är komplex och avancerad (Griffiths, & Jones, 2007; Larsson, & Rubertsson, 2005). På en intensivvårdsavdelning finns det vid varje vårdplats högteknisk apparatur, vilken är livsnödvändig för att kontinuerligt övervaka en akut och livshotande sjuk patients fysiska tillstånd. Dessa patienter är för det mesta sängliggande och sovande (sederade). Vårdpersonalen utsätter dem för täta fysiska kontroller och övervakningen sker dygnet runt. Patienterna får ofta respiratorbehandling och/eller kontinuerlig dialys. Ljusnivån runt patienten är ofta skarp och ljuskällorna kan vara på dygnet runt. Det kan vara svårt för vårdpersonalen att upprätthålla patientens värdighet och integritet i denna miljö. När patienter får intensivvård är de isolerade, de kan inte prata eller röra sig ordentligt och de kan känna sig förvirrade (Larsson, & Rubertsson, 2005; Granberg -Axéll, 2001).

2.5 Återhämtning som är svår att mäta

Begreppet återhämtning definieras i svenska akademiens ordlista som att man återhämtar krafter, återhämtar sig efter chocken eller att man sansar sig (Svenska akademiens ordlista, 2006). Efter akut och livshotande sjukdom kan det vara svårt att återfå krafterna och att hämta sig efter exempel i en septisk chock (blodförgiftning) eller en blödningschock (massiv blödning). Eftersom dessa patienter har svävat mellan liv och död är det mycket som ska återhämtas. Deras kroppar är förändrade och de upplever sig själva på ett nytt sätt. De ska också förhålla sig till världen genom att kommunicera under tiden de återhämtar sig. Även vårdpersonalen "använder" dessa kroppar kontinuerligt under intensivvårdstiden. Dessutom är de flesta intensivvårdspatienter i det akuta och livshotande skedet så pass allvarligt sjuka att de inte ens är medvetna om vad som händer med deras kroppar (Griffiths, & Jones, 2007; Eriksson 1994; Wiklund 2003; Larsson, & Rubertsson, 2005). Vårdpersonal mäter och förklarar patienternas livskvalité i efterhand. Livskvalité mäts i färdiga formulerade skalor och fysiska, psykosociala problem förklaras utifrån en skala (Frick et al.2002). Det finns många kvantitativa mätinstrument som kan mäta hälsa/livskvalité efter en akut och livshotande sjukdom som exempelvis SF 12, SF 36² (se Bilaga 6) men ett fåtal av dessa beskriver de egna upplevelsorna och erfarenheterna från sjukdomen och återhämtningsperioden (Stinman, Ross, Maislin, et al 2007). Det finns studier som visar att sjukdomar, som tidigare ansetts som kroniska vilka har haft en dålig prognos, har idag en betydligt bättre prognos. Studier visar att exempelvis psykiskt sjuka patienter som fått diagnosen schizofreni kan uppleva välbefinnande efter att de erbjudits andra behandlingsformer som exempelvis återhämtningsmodeller. Detta visar på ett nytt perspektiv som kan ge förutsättningar och möjligheter till att förbättra och utveckla livet separerat från någon diagnos (Alan, & Bellack, 2006).

² SF 12, SF 36 är specifika formulär som mäter hälsorelaterad livskvalitet.

Det nya perspektivet inom den psykiatriska vården gör att synen på återhämtning blir annorlunda. Återhämtning utgörs av komplexa processer, vilka kan fångas upp i flera modeller (Bellack, 2006). I en modell ses behoven/problemen i återhämtning som ett resultat (eng. outcome). Resultatet är ett symptom eller en dysfunktion, vilket försämrar möjligheterna för mentalt sjuka människor att uppnå hälsa. I en annan modell är återhämtning en process, där återhämtning handlar om att återuppta viktiga livsvärden som hoppet och känslan av att må bra. Återhämtningsprocessen har då ett perspektiv som är mera hoppfullt för människor som vill övervinna sitt lidande. Det centrala i en återhämtningsprocess kan vara begreppen hoppet, healingen, autonomin, viljan och ansvaret (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, Solomon 2008). Jacobson, & Greenley (2001) beskriver begreppet återhämtning utifrån en annan modell. Där ses begreppet som den individuella (psykosocial och mentala) återhämtningen. I denna modell används begreppet återhämtning som interna och externa förhållanden. De interna förhållandena beskriver såsom värderingar, erfarenheter och den personliga processen i tid. De externa förhållandena beskriver patientens rättigheter. Denna modell används med syftet att minska risken för hospitalisering (Miriam, & Tepper, 2007).

2.6 Intensivvårdspatienters upplevelser under den tid som de återhämtade sig

Många studier visar att intensivvårdspatienter som haft en akut och livshotande sjukdom inte förstår vad som har hänt. De kan uppleva sjukdomen som överklig och/eller fått minnesluckor samt att minnen som kan vara plågsamma från tiden då de återhämtade sig (Griffiths, & Jones, 2007; Samuelsson, 2007). Dessutom visar studier att dessa patienter kan få akuta stressreaktioner (ASD) eller posttraumatisk stress (PTSD- reaktioner) under sin återhämtning. Enligt American Psychiatric Association, mini-D IV (2002) är akut stressyndrom (ASD) /Posttraumatisk stressyndrom (PTSD) ett psykiskt obehag, som i efterhand drabbar människor som varit utsatt för svår stress. Det gäller framförallt om de har fått en allvarlig skada eller varit med om en traumatisk händelse. Dessa människor reagerar med en intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. De kan också uppvisa symptom som känsla av bedövning, likgiltighet eller att de är oförmögna till att ge känslomässig respons. Även uppmärksamheten på sin omgivning minskar och omgivningen kan kännas överklig samt att de kan känna sig osäkra på vilka de är. Den traumatiska händelsen kan återupplevas i form av återkommande minnesbilder, tankar, drömmar, illusioner, "flashbacks". Denna känsla av att återuppleva händelsen eller att känna ett starkt obehag inför andra liknande händelser, som påminner om traumat, kan leda till att exempelvis plågsamma minnen, mardrömmar eller känslor återkommer. Resultatet kan bli att patienterna känner ett intensivt psykiskt obehag och får fysiologiska reaktioner inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar något eller är från den traumatiska händelsen. Olika symptom som överspändhet, sömnsvårigheter, irritation, koncentrationssvårigheter, överdriven vaksamhet eller lättskrämdhet är vanliga. Dessa störningar kan pågå i flera månader och kan orsaka lidande, försämra deras arbetsförmåga och/eller påverka deras sociala liv eller andra viktiga intressen (American Psychiatric Association, mini-D IV 2002).

2.7 Uppföljning av patienter som nyligen har vårdats på en intensivvårdsavdelning

Vid flera intensivvårdsavdelningar skriver vårdpersonalen personliga dagböcker till patienterna. Dagböcker som patienter kan använda som ett hjälpmedel för att minnas vad som har hänt dem under intensivvårdstiden (Engström, Grip, Hamrén 2008). Det finns uppföljningsverksamheter (Post- IVA mottagningar) där intensivvårdssjuksköterskor följer upp före detta intensivvårdspatienterna som nyligen har vårdats. Syftet är att vårdpersonal ska få en bättre förståelse och lära sig att identifiera specifika vårdbehov/problem för att underlätta för denna målgrupp (Griffiths, & Jones, 2007; Samuelson, & Corrigan, 2009; SFAI 2009; SIR, 2010). Ett exempel på uppföljningsprogram kan utgöras av att några dagar efter det att intensivvårdspatienten har lämnat intensivvårdsavdelningen så besöker vårdpersonal från intensivvårdsavdelning dem på vårdavdelningen. Vårdpersonalen ger patienterna informationsbroschyr *"Till dig som nyligen vårdats på IVA"*. De erbjuder dem ett uppföljningssamtal efter ca två- tre månader, där patienter och deras närstående får möjligheten att berätta om sina erfarenheter och upplevelser från tiden de återhämtade sig (Samuelson, & Corrigan, 2009). Resultat från dessa uppföljningsprogram visar att dessa intensivvårdspatienter har både psykiska och fysiska behov/problem som gett dem stora svårigheter att återgå till sina tidigare liv. Deras närstående känner sig mycket stressade och oroliga för patienterna ohälsa och över att det finns tecken på olika dysfunktioner efter sjukdomen. Dessa patienter uttrycker att de behöver mer hjälp och stöd för att inte problemen/behoven ska bli kronisk eller stigmatiserande (Griffiths, & Jones, 2007; Alan, & Bellack, 2006; Samuelson, & Corrigan, 2009).

2.8 Tidigare forskning

Studier av återhämtningen inom intensivvård fokuserar på den medicinska behandlingen men det finns studier inom den psykiatriska vården som visar att patienter med en psykisk ohälsa som har följts upp med individuella återhämtningsplaner/ program lättare kan återhämta sig. Studier visar att den psykiatriska vården har ändrat prognosen för exempelvis diagnosen schizofreni, som tidigare kategoriserades som en kronisk sjukdom, men idag är kategoriserad som psykisk ohälsa. Resultaten pekar på att när individuella återhämtningsprogram har utvecklats kan patienter få mer och bättre stöd och hjälp under tiden de ska återhämta sig (Bellack 2006). Däremot är de flesta studier inom intensivvård gjorda utifrån ett medicinskt perspektiv vilket resulterar i att de objektiva resultaten lyfts fram (Bone 1996; Mofidi, Duff, Wigmore, et al 2006). Tidigare studier visar att omvårdnaden för intensivvårdspatienter kan förbättras i avseende på intensivvårdsmiljön, förståelsen för intensivvårdspatienternas och de närståendes upplevelser av intensivvård (Granberg -Axéll2001; Corrigan, Samuelson, Fridlund, Thomé, 2007). Studier visar att intensivvårdspatienter som exempelvis har muskelsvaghet, neuromyopati och panikångest har stort fysiskt och psykiskt vårdbehov under återhämtningsperioden. Dessa patienter kan även ha fysiska problem som gör dem immobil, vilket kan bero på att exempelvis deras muskler är skadade eller försvagade eller att de har en onaturlig viktökning. Detsamma kan hända för en patient med Acute Respiratory Distress Syndrom (ARDS) som fått muskelskador, vilket kan resultera i en återhämtningstid på flera månader eller år (Griffiths, & Jones, 2007). I en studie av Storli, Lindseth, Asplund (2008) påvisas att patienter som för tio år sedan var akut och livshotande sjuka och fått intensivvård, fortfarande har obehagliga minnen från tiden när de skulle återhämta sig. Dessa människor känner fortfarande en psykisk ohälsa vilket påverkar deras liv. De kan beskriva upplevelsen av obehagliga minnen och panikångest som kan vara orsakat av andningssviken vilken de hade när de var akut och livshotande sjuka (Storli, Lindseth, Asplund, 2008).

3. Problemområde

Akuta och livshotande sjuka patienter kan få fysisk, psykisk och social ohälsa efter intensivvården. Denna ohälsa upptäcks inte alltid av vårdpersonalen under deras återhämtning. Det är oklart hur patienter upplever sin återhämtning och det saknas resurser, kompetens och kunskaper från den tiden då dessa patienter återhämtar sig, framför allt när de överflyttas till en vårdavdelning (Eriksson, 1994; Wiklund, 2003; Bellack, 2006; Griffiths, & Jones, 2007).

4. Syfte

Syftet med studien är att analysera och tolka akuta och livshotande sjuka patienters upplevelser och erfarenheter under tiden då de återhämtar sig.

5. Frågeställningar

Hur beskriver patienterna sina upplevelser av att återhämta sig från intensivvården?

Hur beskriver patienterna sina upplevelser av omvårdnaden?

6. Metod

För att kunna besvara frågor om livsvärlden används en kvalitativ metod. Intervjuer används som datainsamling, vilka beskrivs utifrån den fenomenologiska hermeneutiska metoden. Genom att använda denna forskningsmetod kan resultaten användas för att förbättra och utveckla vården för denna patientgrupp (Lindseth, & Norberg, 2004). Den fenomenologiska hermeneutiska metoden är även inspirerad av Paul Ricour. Ricour (1976) menade att inte något kan förstås i en text genom att bara analysera skillnader mellan olika individers utsagor. Vad meningen betyder i texten måste även förklaras och förstås, som enligt Ricour (1976) blir en referens, vilket innebär att texten inte bara beskriver det intervjupersonerna talar om utan texten kan även synliggöra en ny förståelse. Ricour (1976) menade också att de metaforer som lever dvs. som säger något annat än den bokstavliga meningen, ger nya beskrivningar av livsvärlden. De metaforiska texterna tar fram det vi känner till och öppnar för ny och bredare förståelse. Genom att denna metod tillåter att skriva texter på ett nytt sätt, kan man förstå akuta och livshotande patienters livsvärld som återhämtar sig. Denna omskrivna text kommer inte att upprepa den tidigare förförståelsen, utan texten kommer att lyfta fram nya möjliga förståelser och nya reflektioner (Lindseth, & Norberg, 2004; Kvale, 1997).

6.1 Tillvägagångssätt

Efter ett skriftlig svar se Bilaga 1³, kunde studien påbörjas. Deltagarna i studien skulle vara mellan 18-65 år. De skulle ha vårdats mer än tre dygn på en intensivvårdsavdelning, fått respiratorbehandling och haft IVA-komplikationer, vilka skulle kunnat ha försämrat patienterna både fysiskt och psykisk under deras sjukdomsförlopp eller under deras återhämningsperiod. Uppgifter om patienternas namn, vårdtid, diagnos, prognos, åtgärder och IVA-komplikationer kunde hämtas från intensivvårdsregistret (PasIVA). Tio före detta intensivvårdspatienter valdes ut. Dessa tio patienter överensstämde med studiens kriterier. De utvalda intensivvårdspatienterna tillfrågades via ett informationsbrev se Bilaga 2⁴, om de ville delta i studien. De fick skriftlig information om studiens syfte, hur intervjuerna skulle genomföras, om frivilligheten och hur intervjumaterialet skulle behandlas efteråt. Tillsammans informationsbrevet skickades ett svarsbrev med se Bilaga 3⁵, där tillåtelse efterfrågades för att få läsa deras patientjournal vid vårdtillfället. Sju brev kom i retur med ett medgivande att delta i studien. Efter medgivandet granskades alla utvalda elektroniska patientjournaler (BMS) och de pappersbaserade anesthesi- och övervakningsjournalerna. Därefter kontaktades de intresserade informanterna för att boka tidpunkt för intervjuerna. Sju av de tio tillfrågade blev intervjuade. Två informanter intervjuades i ett särskilt rum på ett sjukhus där de vårdats, fyra blev intervjuade hemma hos informanterna och en intervju gjordes på informantens arbetsplats. Innan intervjuerna, informerades de återigen om syftet med studien och de fick även skriva under ett skriftligt samtycke se Bilaga 4⁶ på att de när som helst kunde avbryta intervjun utan att lämna en förklaring. Intervjuerna inleddes med en fråga, *”Kan du berätta för mig vad det var som hände dig när du plötsligt blev akut och livshotande sjuk och vilka upplevelser du har från tiden då du återhämtade dig”?* De återgav vad de hade upplevt och erfarit. Svaren följdes upp med direkta frågor eller med instämmande nick eller med en paus för att uppmuntra informanterna till fördjupade beskrivningar (Kvale, 1997). Alla intervjuerna skedde varsamt och det fanns en beredskap för att avbryta om de blev stressade, fick ångest eller ”flash back”. Alla informanternas upplevelser och erfarenheter togs på fullaste allvar. Samtalen var i dialogform. Efteråt erbjöds alla informanterna ett uppföljningssamtal (Lindseth, & Norberg, 2004; Kvale, 1997).

³ Bilaga 1, Förfrågan till verksamhetschefen för Anestesi kliniken på ett sjukhus i Sörmland

⁴ Bilaga 2, Förfrågan om deltagande i studien

⁵ Bilaga 3, Förfrågan om medgivande

⁶ Bilaga 4, Deltagarens samtycke

6.2 Datainsamling

Alla sju intervjuer spelades in på ljudband. Av de sju som deltog i studien var fyra kvinnor och tre var män. De var mellan 18-65 år. Inget datamaterial innehåller uppgifter om informanternas personnummer, namn, adress eller sjukdomar, vilket förhindrar att de kan identifieras efteråt.

Inklusionskriterier för studiens patienter:

- de är vuxna människor mellan 18-65 år
- de har ett socialt nätverk
- de är sjukskrivna, arbetar eller är arbetssökande
- de går i KomVux, gymnasieskola eller högskola
- de har vårdats på IVA mer än tre dygn
- de är diagnostiserad och prognosen är registrerad i intensivvårdsregistret (PasIVA)
- de har respiratorbehandlats
- de har försämrats fysiskt eller psykisk under sjukdomsförloppet eller under deras återhämningsperiod

Exklusionskriterier för studiens patienter:

- de har gått i pension och arbetar inte eller är arbetssökande
- de känner författaren
- de känner en risk för att de kan få sämre vård i framtiden om de deltar
- de har efteråt haft kontakt med en Post-IVA mottagning

6.3 Urval

Det var tio före detta akuta och livshotande sjuka patienter som fått intensivvård som tillfrågades om att delta i studien. Från intensivvårdens patient- registreringssystem (PasIVA) har 204 akuta och livshotande sjuka patienter kunnat identifieras, vilka hade fått intensivvård mer än 72 timmar mellan åren 2003- 2009 på ett sjukhus i Sörmland. 53 av dessa var avlidna. 36 av dessa patienter hade vårdats i respirator (invasive ventilation), mer än tre dygn. Tre patienter tillhörde ett annat landsting och fyra patienter hade författaren träffat i efterhand på Post-IVA mottagningen. Av dessa 36 människorna som hade varit akut och livshotande sjuka, valdes tio ut . Dessa tio stämde med studiens inklusionskriterier (Kvale, 1997).

6.4 Genomförandet av den tematiska strukturanalysen

Författaren analyserade informanternas berättelser i tre faser (Lindseth, & Norberg, 2004).

De tre faserna var:

1. Naiv läsning/tolkning – vilket gav en känsla av vad det handlar om
2. Tematisk strukturanalys - meningsbärande enheter plockades ut, kondensering skedde och en sortering i subteman och teman utfördes
3. Tolkade helheten - vilket gav en ny djupare förståelse av textens innehåll

Författaren började med att transkribera de sju inspelade intervjuerna vilket kom att omfatta 82 sidor. Dessa sju intervjutexter lästes och författaren fokuserade i början bara på innehållet i och lade sin förförståelse åt sidan. Sedan skedde en naiv läsning/tolkningen, genom att datamaterialet lästes flera gånger, vilket gav en känsla av vad datamaterialet handlade om. Därefter läste författaren textmaterialet öppet, för att få fram essensen av informanternas uttryckta ord, meningarna eller styckena. Eftersom informanterna hade svårt att särskilja tid och rum när de var akut och livshotande sjuka kunde inte utsagorna sorteras i ett kronologiskt tidsperspektiv. Efter det togs meningsbärande enheter ut som motsvarade studiens syfte och frågeställningar. Om informanten beskrev sina upplevelser eller erfarenheter med metaforer, använde författaren dem som meningsbärande enheter (Lindseth, & Norberg, 2004).

I den tematiska strukturanalysen lästes alla de utplockade meningsbärande enheterna ett flertal gånger. Detta för att kunna få en inblick i informanternas upplevelser och erfarenheter och för att få en första förståelse till att senare kunna formulera teman och subteman (Lindseth, & Norberg, 2004). Det var totalt 332 meningsbärande enheter. Dessa meningsbärande enheter var relaterade till deras återhämtning och beskrev deras lidande och illabefinnande kopplat till omvårdanden (Eriksson, 1987, 1988, 1994; Wiklund, 2003). Utifrån dessa meningsbärande enheter reflekterade författaren tillbaka till bakgrunden som utgör en förförståelse, för att stämma av med författarens tidigare naiva läsning/tolkningen. Sedan kondenserades⁷ de uttryckta meningsbärande enheterna till att bli innebörder i vardagsspråk. Dessa kondenserade meningar lästes för att kunna reflektera över likheter och skillnader. Detta för att möjliggöra och för att lättare kunna formulera abstrakta subteman och teman (Lindseth, & Norberg, 2004). Samtidigt med den tematiska strukturanalysen tolkade författaren datamaterialet i två steg för att nå den djupare förståelsen. I det första steget av tolkningsprocessen, förklarade författaren vad texten sa och i det andra steget fick författaren förståelse om vad texten talade om. Denna förklaring i relation till textmaterialet kan lyfta förståelsen som innebörder (Lindseth, & Norberg, 2004; Ricoeur, 1976).

⁷ Koncentrerade meningar.

Ett exempel på hur författaren genomförde den tematiska strukturanalysen:

Meningsbärande enheter

”Det var konstiga drömmar...jag drömde om att få ta sig en liten fiskekutter ute på Mälaren...sitta med en liten kaffeppanna...sitta och meta...”

Kondensering

När man svävar mellan liv och död kan man drömma konstiga, överkliga, underliga, knepiga, lustiga, drömmar m.m.

Subtema

Att vara ovetande och överklig.

Den sista delen bestod i att tolka datamaterialet som en helhet utifrån förförståelse och naiv tolkning, för att kunna beskriva patienters upplevelser från tiden då de har varit akut och livshotande sjuka samt under deras återhämningsperiod. Författaren fick fram den nya förståelsen från relevant litteratur och vetenskapliga artiklar vilka presenteras i resultatet. Denna tolkade helheten är studiens sammanfattning och reflektion (Lindseth, & Norberg, 2004).

6.5 Förförståelsen

Författaren till denna studie har en medicinsk inriktad sjuksköterskeutbildning och yrkeserfarenhet inom intensivvård. Författaren har fördjupat sig i vårdvetenskap och pedagogik samt fokuserat på intensivvårdspatienters hälsa efter en akut och livshotande sjukdom.

7. Etiska aspekter

Etiska prövningsnämnden har givit sitt godkännande av den etiska ansökan den 2010-01-12 (Diarienum: 2009/1817-3). I början av studien gjordes vissa etiska övervägande. Det var viktigt att i planeringen skydda informanterna vilket också skedde genom att följa de etiska principernas fyra huvudkrav. Dessa fyra huvudkrav är informations-, samtyckes-, konfidentialitets och nyttjandekravet (Forskningsetiska principer i humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet, 1990). I planeringen av studien övervägdes om det fanns några risker med genomförandet av studien. Det förväntade resultatet vägdes mot eventuella negativa konsekvenser för de berörda patienterna. Det som avgjorde att studien kunde genomföras var att resultatet förväntades kunna användas till att förbättra och utveckla vården för denna patientgrupp. En situation som kunde väcka obehag hos informanterna var att de skulle berätta om sin svåra tid när de var akut och livshotande sjuka. Med tanke på risken att väcka obehag under intervjun var det viktigt att i brevet informera om att det fanns möjlighet till uppföljning i efterhand. Efter intervjuerna har ett personligt brev se Bilaga 5⁸ skickats ut till samtliga intervjuade patienter med en förfrågan om eventuella önskemål av ett uppföljningssamtal. En informant har hört av sig. Med hänsyn till informationskravet fick de ett brev, som beskrev studien och hur resultatet skulle komma att användas. I brevet informerades om varför de var utvalda, syftet och nyttan med studien. Brevet beskrev var de skulle intervjuas och att intervjuerna skulle spelas in. I brevet framkom att materialet skulle behandlas konfidentiellt, att de ljudinspelade berättelserna skulle avidentifieras och skyddas, så att inga obehöriga skulle kunna få tillgång till dem. I brevet framgick att det var helt

⁸ Bilaga 5, Brev till deltagare

frivilligt att delta i studien och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att detta medförde negativa följder för dem. Författarens namn, arbetsplats samt telefonnummer stod i brevet för att underlätta kontakten. För att kunna delta i studien fick informanterna göra en skriftlig anmälan.

Alla intervjuerna kunde genomföras och avslutades efter deras begäran. Utifrån nyttjandekravet informerades intervju personerna om att de inte var påtvingade att vara med. Tre av de tio tillfrågade avböjde att delta i studien. (Forskningsetiska principer i humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet, 1990).

8. Resultat

Inledningsvis redovisas resultatet med en resultatöversikt. Strukturanalysen utmynnande i fyra teman med 14 subteman. Tabellen visar teman och subteman som beskriver målgruppens upplevelser och erfarenheter från att ha svävat mellan liv och död.

Tema	Subtema
8.1 Att ha varit utlämnad	Att vara iakttagen utan att veta
8.2 Att ha gränsat mellan det - överkliga - omedvetna – närvarande	Att vara ovetande och överklig. Att vara omedveten Att kämpa mot allvaret
8.3 Att förändras med den akuta och livshotande sjukdomen	Att vara i nuet Att vara i en vändning Att vara motiverad Att vara osäker
8.4 Att lida under sin återhämtning	Att lida för sitt liv Att lida utan förbindelse Att konfrontera ett lidande Att lida utan empati från vårdpersonalen Att lida utan lindring Att få lindring

Tabell 1. *Resultatöversikt*

Nedan beskrivs resultaten av sju intervjuer, vilka skett med syftet att analysera och tolka akuta och livshotande patienters upplevelser och erfarenheter under tiden de återhämtade sig. I resultatet kommer dessa patienter som intervjuades benämnas som *de*, *intervjuperson*, *informant*, *patientgrupp*, *vårdtagare* eller *målgrupp* för att underlätta läsningen.

8.1 Att ha varit utlämnad

De intervjuade personerna beskrev att upplevelsen av att ha varit utlämnad och iakttagen blev tydligare efter att de fått tagit del av sin dagbok från intensivvårdstiden. Att vårdpersonalen hade skrivit om informanterna i en dagbok och att de hade varit utlämnade upplevdes som obehagligt utifrån att de blivit iakttagna på utan att de själva visste om.

a) Att vara iakttagen utan att veta

De upplevde att dagboken inte var en vanlig dagbok, utan en bok som bekräftade att deras akuta och livshotande sjukdom varit mycket allvarlig. De upplevde att vårdpersonalen och de närstående hade sett på dem när de svävade mellan liv och död utan att de själva visste om det. Några av dem beskrev att det kändes obehagligt att läsa i dagboken efteråt, utifrån att de hade varit så nära döden. Citat från informanter:

”Det är en tid som är borta ur mitt minne. På ett sätt är jag tacksam... jag har gått vidare. Vi pratar aldrig om det, men jag tänker på det varje dag. tack vare när jag duschar, då känner jag ju den där stora knölen på magen ” (1)

”Dagboken bekräftar vad jag har varit med om...”(1)

”Jag kände att det var fruktansvärt det som hänt... så sjuk jag var... det har varit allvarligt...”(2)

”Vad har jag varit med om?... Det har jag inte fått pratat om... inte med någon egentligen ... just det där med ljusskenet... var det en nära döden upplevelse? Eller var det en dröm”?(2)

”Jag upplevde att jag hade svävat uppe i taket... Ja, det känns som vi måste ha något omedvetet” (3)

”Jag är fortfarande väldigt rädd att göra illa mig, att uppleva den smärtan som var då... jag vet att jag bad om att få dö för att det gjorde så ont... jag vet inte om jag testade ... det var ju aldrig någon som gav mig några direkta svar på min fråga om jag kommer att dö. Jag har läst i tidningarna om organdonationer... kanske man hellre låter patienter ligga i respirator och låta dem bli hjärndöda... På något vis provar man ändå ut i det längsta, fast man är rädd för att dö... Jätte märkligt. Plus att det var en oerhörd smärta” (3)

”Folk blundar, de vill inte se vad som händer i verkligheten. De vill se det de tror de ska se” (4).

”Jag fick en dagbok... den var väldigt bra... boken är åtminstone ett bevis på att alltihop har hänt... I dagboken står det att blodtrycket åkte upp och ner ... bilderna i boken visar att det är jag... men ändå tänker jag, hur fick de ner den där tuben i halsen på mig?... Jag kräks ju så lätt ... det var konstigt att jag inte vaknade... jag borde ha vaknat upp för att det räcker med att jag får tandborsten för långt ner i halsen så kräks jag nästan... Det är sådana konstiga saker som jag tänker på... det är inte normalt... Jag har inte den här läskiga bilden på något sätt Den finns inte för mig... Jag vet att jag har varit akut

och livshotande sjuk... det vet jag mycket väl, men det finns inte i mitt huvud”(5).

”Jag har fått det återberättat... hur det har varit och vad som har hänt... jag har lite svårt att få ihop ett händelseförlopp... jag har inte läst dagboken, dels har det väl varit jobbigt och dels har jag inte känt behov av det heller.... jag har haft tur, jag har kunnat fråga” (6).

”Jag hade ingen aning om någonting, om vad som hade hänt... så att jag vet inte, jag känner väl ingenting, så att det var väl som att vad gör jag här egentligen, jag är ju frisk... men det var jag ju inte” (7).

Tolkad helhet

Informanterna hade varit utelämnade. De beskrev upplevelser av obehag när de läste dagboken som vårdpersonalen hade skrivit och att hade varit iakttaga på under sin återhämtning utan att de visste om det. De hade inte kunnat säga hur de ville ha det eller kunnat säga till om något hade känts fel under deras återhämtning (Gadamer, 2003; Larsson, & Rubertsson, 2005).

Obehaget att vara utelämnad, vilket en akut och livshotande sjuka patienter ofta blir utsatta för, kan undvikas genom att i omvårdnaden värna om i patienternas värdighet och integritet. Ett sätt är att dagboken inte rutinmässigt lämnas till patienten, utan att vårdpersonalen följer tillsammans med patienten upp den. Därigenom säkras att boken är ett hjälpmedel för patienter under hans/hennes återhämtning (HSL, 1982; SOSFS 1993:17; SOSFS 2005:12).

8.2 Att ha gränsat mellan det - överkliga - omedvetna – närvarande

Akuta och livshotande sjuka patienter kan uppleva att de har gränsat mellan det - överkliga - omedvetna – närvarande, när de svävade mellan liv och död. De beskrev att de hade obehagliga drömmar och att de var omedvetna. Informanterna upplevde att de började ta in intryck men även att de började känna av sitt illabefinnande när de blev medvetna och vakna. De uttryckte att det var då som de började kämpa mot allvaret under sin återhämtning.

a) Att vara ovetande och överklig

De upplevde sig som ovetande och att det kändes överkligt, när de inte visste vad som hände omkring dem och/eller i samband med att vårdpersonalen höll på att rädda deras liv. De beskrev konstiga, obehagliga eller skrämmande drömmar som deras omgivning kan bekräfta i efterhand som överkliga. Dessa drömmar väckte känslor som exempelvis rädsla och feghet. Citat från några informanter som beskrev sina drömmar:

” Jag var i en rymdkapsel... de var tvungna att operera mig ute i rymden... det var obehagligt... ” (1)

”Det var en planet... alldeles ljus... någon drar i mig... så försvinner jag och kommer tillbaka.... hon är sjuk, hon är sjuk.... jag kom tillbaka... jag blev rädd....”(2)

”Jag svävade uppe i taket... det var kö till att dö... det var en man som låg till höger om mig... han stod först på tur... sen var det någon annan... hörde röster.... sen kom det in en liten pojke... han var jätterädd... jag sa till honom, ”du kan gå förbi mig för jag ska inte stå i någon kö”.... det är skrämmande... vad fegt av mig att låta pojken gå före....”(3)

Tolkad helhet

Detta att vara ovetande och överklig var, för dem en personlig och berörande upplevelse som de beskrev kändes verklig men samtidigt som att drömmarna var överkliga (Griffiths & Jones 2007; Granberg Axéll 2001; Samuelsson 2007; Larsson& Rubertsson 2005; Arman, Rehnsfeldt 2006).

Sammanfattning

Akuta och livshotande sjuka patienter, som ska återhämta sig, har personliga obehagliga drömmar under tiden när de svävar mellan liv och död och de är inte fullt medvetna och yttervärlden kan då upplevas som överklig.

b) Att vara omedveten

Det var först när de blev medvetna som studiens målgrupp förstod hur nära döden de hade varit. De beskrev sitt medvetande såsom att vara vaken, frusen och trött, men ändå känna att det inte var för evigt. De beskrev också att det tog ett tag, att det var svårt och att de inte riktigt förstod. När intervjupersonerna förbättrades, upplevde de en ökad förmåga att kunna fokusera på vad som var omkring dem och på sitt illabefinnande. De kunde börja orientera sig om var de var, att de var på sjukhuset eller om de var på väg till annat sjukhus. De började också ta in intryck och känna igen saker och personer. När några informanter blev medvetna upplevde den känslan av ”en utborrad och tom kropp” eller att de ”vaknade med panik” för att sedan dö. Citat från informanternas beskrivningar:

”Det kändes som om någon hade kört upp en borrh och borrar ut allt innehåll i kroppen... jag var total tom... jag hade knappt kraft att resa handen... ” (4)

”Jag vaknar och har svårt att andas... tittar ut genom fönstret... jag ser solen gå upp... får panik... känns som jag ska dö... jag vill se solen...då känns det bättre.... ” (3)

” Jag vaknade... kände mig frusen och trött... det är som att jag har varit ute... i ett stall... och väntat på någonting” (6)

” Jag tittade på kortet mer och mer och på blommorna och på saker som jag fått... det var svårt att få in allt det där som stod på bordet... jag förstod inte... det kom ju till sist...” (2)

”När jag kände mig bättre... då förstod jag verkligen.... hur nära döden jag varit... jag minns att jag var inne i en helikopter.... jag hörde en arbetskamrats röst som sa, att ni kan inte landa här ni, måste flyga mer åt höger...” (1)

Tolkad helhet

När akut och livshotande sjuka patienter får en ökad medvetenhet under sin återhämtning efter vaknar de i obalans. De kan vakna med disharmoniska känslor som exempelvis är metaforiska, upplevelser av tomhet eller panik och ångest. (Fredlund, 2004; Arman & Rehnsfeldt, 2006; Eriksson, 1994; Wiklund, 2000).

Sammanfattning

När akuta och livshotande sjuka patienter börjar vakna och bli medvetna under sin återhämtningsperiod, börjar de också ta in intryck och känna av sitt illabefinnande. Vårdpersonalen kan hjälpa och stödja uppvaknandet bättre, genom att ge dessa patienter mera tid till att vakna och ta in intryck. Förbättrade omvårdnadsåtgärder, såsom ett längre och lugnare uppvaknande, behövs för att uppmärksamma och lindra rädsla, panik och dödsångest.

c)Att kämpa mot allvaret

Att kämpa mot allvaret, beskrevs på så sätt att det fanns en längtan efter kraft och balans. Informanterna började känna att mycket var annorlunda och att saker och ting inte var självklart längre såsom att komma ur sängen, att känna sig trygg och att ha någon att prata med. Den kampen kunde både vara svår men även lätt, många gånger beroende på stämningen på avdelningen. De beskrev att det berodde på om vårdpersonalen tog sig tid, lyssnade, skojade och skämtade. Citat från informanter:

”Jag ville upp... jag hade ett jävlar anamma och viljestyrka...” (4)

”De kämpade för mig att jag skulle leva... just den kärleken... kände jag...” (2)

” Jag var rädd för att jag hade en hjärnskada.... jag trodde att alla ljög... att ingen vågade säga det... jag litade inte på personalen eller på mina närstående...”. (3)

”Min dotters pappa var hos mig... jag levde inte med honom.... jag led... så fruktansvärt...”(2)

”Jag ville ha någon hos mig... jag ville inte bli lämnad ensam... jag var rädd...jag var jätte rädd... jag skrek... det var otäckt...” (2)

” Jag var glad när jag fick se att de jobba... de tog sig tid.... de pratade, skojade och skämtade med mig... de vände mig och frågade om jag låg bra... jag kände trygghet hos dem....” (1)

Tolkad helhet

Beskrivningar om att kämpa mot allvaret var en längtan efter kraft och balans under en återhämningsperiod som denna patientgrupp hade behov av. Det kunde både vara svårt och lätt att kämpa. Stämningen och vårdpersonalens förhållningssätt var viktig för dem. Det gäller att vårdpersonalen tar sig tid, lyssnar och har humor för att denna patientgrupp ska kunna känna sig trygg, vilket också gör återhämtningen enklare och lättare att lindra illabefinnande (Eriksson, 1994; Wiklund, 2003; Granberg-Axell, 2001; Griffiths & Jones, 2007; Samuelson & Corrigan 2009).

Sammanfattning

För akut och livshotande sjuka som börjar få tillbaka krafterna och balansen i livet är det viktigt att de känner sig trygga hos vårdpersonalen.

8.3 Att förändras med den akuta och livshotande sjukdomen

Informanterna upplevde att under tiden återhämtningen skedde kände de att livet inte var som tidigare och att livet kanske hade förändrats för alltid.

a)Att vara i nuet

Informanterna beskrev att de under sin återhämtning längtade hem och de ville veta, när tiden var inne för hemgång. En informant beskrev detta som:

”Jag var på direkt när jag kunde... ”Hur lång tid tar det?...”När kommer jag hem?....” (6)

Tolkad helhet

När informanterna återhämtat sig börjar de att längta hem och vill veta när hemgången kunde ske. De ville planera här och nu. Det är viktigt att vårdpersonalen tillsammans med denna patientgrupp kan planera hemgången under tiden som patienter återhämtar sig. Personalen bör uppmärksamma deras behov av information angående hemgång för att kunna hjälpa och stödja dem (Morse, 2001; Arman, & Rehnfeldt, 2006 ; Griffiths , & Jones, 2007).

Sammanfattning

Akuta och livshotande patienter kan under sin återhämtning börja längta hem och vilja planera sin hemresa. Om de kan planera sin hemresa tillsammans med vårdpersonalen kommer de troligen att uppleva sin återhämtning som lättare och även kunna komma hem fortare.

b)Att vara i en vändning

Alla patienter i målgruppen beskrev att de upplevde livsförändringar och att de var rädda att dessa skulle bli bestående. Alla informanter beskrev att de kände att de måste klara av dessa förändringar för att kunna återhämta sig. Flera i målgruppen var tvungna att lära sig gå, äta, svälja och/ eller prata på nytt. De var tvungna att träna och motionera mycket samt vara rationella och praktiska under tiden som återhämtningen pågick. Citat från informanter om återhämtade sig:

”Det började hända något... jag började komma ovanför vattenytan...” (5)

”Jag fick lära mig att gå, tala, äta och svälja... jag började komma upp på benen...” (6)

”Jag kände att jag ville hem... jag kände att nu är det upp till mig...” (2)

”Det var mycket träning... jag var envis och ville försöka komma upp, det var jag....” (4)

”Jag skulle gå i trappor... det var bra motion... jag tog mig ner en trappa och sedan höll jag inte på att ta mig upp därifrån...” (7)

”När de kom med rullstolen... tänkte jag nu får det vara nog... när jag fick igång motoriken så kom det...” (6)

”Jag tog mig över sängen och slog i golvet och slog i knät...” (6)

Tolkad helhet

Informanterna beskrev upplevelsen av att något hade förändrats i kroppen och att de var i fysisk obalans. De kunde inte gå, äta, svälja och prata som tidigare. För att förbättra och underlätta deras återhämtning är det viktigt att vårdpersonalen har resurser, kunskap och kompetens för att uppmärksamma dessa livsförändringar. Det kan handla om att hjälpa och stödja dem när de har behov av att träna och motionera för att få tillbaka balans och harmoni i livet (Wiklund, 2000; Morse, 2001; Gadamer, 2003; Paul, Hendry, Cabrelli 2003).

Sammanfattning

Patienter som har varit akut och livshotande sjuk har behov under tiden de ska återhämta sig av att träna och motionera för att få tillbaka balans och harmoni i livet. Det är viktigt att vårdpersonalen uppmärksammar denna målgrupps livsförändringar för att kunna hjälpa och stödja dem. (Eriksson, 1994; Wiklund, 2000; Morse, 2001).

c)Att vara motiverad

En person i studiens målgrupp beskrev att han blev motiverad i sin återhämtning när det blev enklare att till exempel ta beslut. En informant beskrev detta med följande citat:

”Jag hade en track som hängde på trekvart... en läkare frågade, ”ska du verkligen ha den kvar”?... ”du får välja”? Jag bestämde mig för att ta bort den... det var enkelt... jag tvivlade inte...” (6)

Tolkad helhet

När dessa patienter känner sig motiverade är det också enklare⁹ för dem att återhämta sig. Det är också viktigt att vårdpersonalen tillåter att de får känna sig motiverade och därför få vara mera delaktiga i sin egen omvårdnad (Marshall, & Soucy, 2003; Alan, & Bellack, 2006; Stinman, Ross, Maislin, et al, 2007) (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, Solomon, 2008; Gadamer, 2003; Arman, & Rehnsfeldt, 2006).

Sammanfattning

Det är viktigt att denna patientgrupp ges förutsättningar att vara delaktig i sin omvårdnad vilket kan resultera i att deras återhämtning blir enklare.

d)Att vara osäker

En informant beskrev att hon fick ett för snabb information om sjukdomen som hon inte förstod. Hon beskrev att det gjorde henne osäker. Citat från informantens beskrivning:

”Jag kom till insikt om var jag var och varför... att hjärtat hade stannat och att ICD gällde... men jag fick inte veta allt... bara nu gör vi det här och det här... vad skulle jag kunna säga emot...” (5).

En annan informant beskrev att hon hade tidigare obearbetade händelser i livet vilket nu kom fram och gjorde henne osäker. Citat från informanten:

”Jag hade förträngt... min man hade gått bort... jag hade en sjuk hund hemma...som jag bestämde mig för att avliva... det började komma fram...” (1).

Tolkad helhet

Det är viktigt att ge patienter som varit akut och livshotande sjuka tydlig, muntlig/skriftlig information som de förstår. Det är av betydelse att vårdpersonalen är medvetna om att tidigare obearbetade händelser kan göra vårdtagare osäkra. Det är viktigt att vårdpersonalen får mera tid än vad som sker idag till att ge information om sjukdomen. Om de får för lite tid till att ta emot information eller om de har tidigare obearbetade upplevelser kan detta påverka patienten så att känna sig ännu mera osäkra under tiden de ska återhämta sig. Detta att känna en osäkerhet kan också leda till att de känner att sjukdomen eller den tidigare obearbetade händelsen också blir ännu mer hotfull och skrämmande än vad den egentligen är eller att de glömmer bort viktig informationen (Christiansson, 1994; Morse, 2001).

Sammanfattning

För att kunna hjälpa och stödja dessa patienter så att de kan känna sig säkra och trygga i sin återhämtning är det viktigt att vårdpersonalen tar mera tid och informerar om sjukdomen. Det är också angeläget att vårdpersonalen uppmärksammar om vårdtagarna har tidigare obearbetade händelser som kan göra dem osäkra.

⁹ I detta sammanhang menas ”en enklare återhämtning” en återhämtning som blockeras mindre av yttre omständigheter, normer och regler (Wiklund, 2003).

8.4 Att lida under sin återhämtning

Genom temat, "att lida under återhämtningen" beskriver informanterna själva sina lidanden.

a) Att lida för sitt liv

"Att lida för sitt liv", beskriver en av studiens patient att han fick göra när han var förvirrad och upplevde sig kontrollerad av en vårdpersonal. Citat som beskriver detta:

"En personal vakade över mig och så fort jag rörde mig, så slog hon bort mina händer. Det var ingen förklaring varför. Jag kände att så fort jag visar tillstymmelse till att lyfta huvudet sa hon, "ner i sängen". Jag kände mig verkligen övervakad".(6)

Tolkad helhet

Informanten beskrev en vårdssituation där han övervakades. Han kände sig övervakad, men förstod inte att han kunde skada sig själv då han var förvirrad (Granberg-Axell 1997). "Att lida för sitt liv", beskriver hur en vårdpersonal, som genom sin godtyckliga omvårdnad kränkte en patient genom att hindra patienten att röra sig i sängen (Wiklund, 2003). Vårdssituationen upplevdes som obehaglig för patienten som var förvirrad (Eriksson, 1994; Wiklund, 2003). Vårdtagaren kunde inte skydda sin integritet (Gadamer, 2003). Vårdssituationen beskriver en orolig patient som ännu inte vet att hans liv har förändrats (Arman, & Rehnsfeldt, 2006).

Sammanfattning

När patienter som har varit akut och livshotande sjuka ska återhämta sig, kan deras återhämtning bli både obehaglig och kränkande. Det finns vårdpersonal som inte kan hantera och tillfredsställa denna patientgrupps behov.

b) Att lida utan förbindelse

"Att lida utan förbindelse" beskrev några informanter som att de under sin återhämtning upplevde oro och ångest för att de inte kände tillit till vårdpersonalen. Informanterna beskrev att de upplevde att vårdpersonalen inte riktigt förstod allvarlighetsgraden av deras sjukdom. Informanterna kände att de inte fick den hjälp och det stöd som de tyckte sig behöva. En beskrivning från en informant:

"Jag överflyttades till en vårdavdelning och det var något fel vid överrapporteringen av min medicinlista. Egentligen skulle överrapporteringen ske via datorn men hela systemet var avstängt... Plötsligt började jag må jätte dåligt och jag ville ha mina mediciner. Men en sjuksköterska sa, "det är ju ingen fara". Men jag kände ändå att jag mådde jätte dåligt. Jag sa till min syster att jag måste ha mina mediciner, NU! Klockan blev fem och jag skulle ha haft medicinen klockan två... jag kände mer och mer hur dåligt jag mådde. Och jag tänkte", ska jag dö nu när jag väl börjar bli bättre"?... Ingen lyssnade på mig och jag kände hur röd jag blev i ansiktet. Allting blev helt fel. Till slut tänkte jag, "kan inte sjuksköterskan bara gå ner till intensivvårdsavdelningen (IVA) och fråga vad jag ska ha för medicin? Någon på intensivvårdsavdelningen (IVA) borde komma ihåg mig eftersom jag var ju där ett tag". Nej då! Det var visst någon slags prestige att man inte skulle göra någonting. Jätte konstigt! Till min syster sa de", om du inte slutar bråka får du åka ut från avdelningen. För att hon protesterade genom att säga, "ni måste ju ge henne medicinerna".

Det var en sjuksköterska som tydligen inte klarade av pressen och sa, "Ja, om du inte slutar nu får du gå härifrån". Både jag och min syster kände oss överkörda. Klockan blev säkert sju och när sjuksköterskan kom med medicinerna för alla tider klockan två, fem och sju... Det kändes jätte konstigt ..."(3)

En annan informant beskrev när hon och hennes närstående blev oroliga. Citat:

"Jag kände på vårdavdelningen att de inte visste vad de skulle ge mig. Läkaren ringde till ett annat sjukhus hela tiden. Jag sa till dem redan då att jag inte tänker ta några mediciner. Då sa de till mig, att jag måste ta dem annars kommer jag att dö. Det var jätte allvarligt. Jag berättade allt sedan till min släkt och då blev jag påhoppad. Alla gapade och skrek på mig. Jag kan förstå att de blev oroliga för mig, med det var ändå mitt beslut..."(2)

Ytterligare informanter beskrev när de kände sig orolig och fick ångest. Citat från detta:

"I början på vårdavdelningen hade jag enkelrum och jag var inte rädd. Personalen var jätteduktig. De sprang i skyttetrafik för att kolla mig och de pysslade om mig. Sen fick jag ångest men jag var stolt. Därför ville jag inte tala om hur jag kände direkt. När jag fick en ångestattack, sent en kväll trodde jag att jag skulle dö. Jag ringde till min dotter och hon förklarade för mig att det var ångest. Efteråt ville jag att dörren skulle vara öppen. ..." (1)

"Jag var rädd för att sova själv. Min sambo och mina två systrar turades om att sova hos mig. Jag blev särskilt rädd för en personal..."(3)

Tolkad helhet

"Att lida utan förbindelse" beskrevs av denna patientgrupp kunna leda till oro och ångest. De upplevde oro och ångest för att vårdpersonalen inte kunde rapportera över medicinlistan, för att en läkare inte visste vilka mediciner som skulle ordinerats, de var rädda för personalen eller de var rädda för att dö (Eriksson, 1994; Wiklund, 2003). Denna beskrivning av att lida utan förbindelse, att de hade ångest och var oroliga, visar att de hade psykiska behov som vårdpersonalen inte tog ansvar för (Lögstrup, 1956; Arman, & Rehnsfeldt, 2006). Att lida utan förbindelse ger konsekvenser att de inte känner sig trygga bland all vårdpersonal (Eriksson, 1994; Wiklund, 2003).

Sammanfattning

Vårdpersonalen uppmärksammade inte alltid studiens målgrupp psykiska behov. Personalen har inte tagit sitt etiska vårdansvar för att hjälpa och stödja dessa patienter när de känt oro och fått ångest under sin återhämtning.

c) Att konfrontera ett lidande

En informant beskrev en vårdssituation när hon tvingades bli konfronterad med ett lidande, som inte var orsakat av sjukdomen, utan av att vårdpersonalen handlade manipulativt. Citat från informanten:

”När jag skulle börja träna tänkte jag på om inte vårdpersonalen har tystnadsplikt gentemot andra patienter som kan höra vad de säger om andra patienter. Jag minns särskilt en gång när jag hade gymnastikskor med snörning på. För mig tog det kanske en halvtimme att ta på mig och knyta dem. En halvtimme till toaletten, en halvtimme in till toa och halvtimme till att ta av mig skorna. Och så minns jag att min syster kom och jag var jätte kissnödig och jag viskade till henne och frågade om hon ville hämta ett bäcken till mig. Min syster gick ut för att hämta ett bäcken. Då skrek en vårdpersonal i hela korridoren, ”Karin ska inte ha något bäcken. Hon ska gå på toaletten”. Och min syster sa, ”ja men, jag ska ge henne ett bäcken nu. Jag vet vad som är bäst för henne just nu. Hon ska ha ett bäcken”. Jag var så svag då och jag minns att jag bara grät för jag orkade inte” (3).

Samma informant beskrev att det kändes förfärligt och otäckt när vårdpersonalen manipulerade och godtyckligt vred på deltagarens fysiska och psykiska behov/problem.

Citat från informant:

”En sjuksköterska tvingade i mig medicinerna. Det var fruktansvärt och jätte läskigt. Jag visste att jag inte kunde ta in något i munnen. Hon stoppade in tablettorna och stängde munnen. Hon höll för munnen” Du kan inte, du kan inte, jag kommer att kräkas upp det här”, sa jag. Hon blev arg på mig Hon sa, ”nu får du sluta, det är bara psykiskt”. Det kom upp och jag kräktes mellan hennes fingrar. Efteråt känns det märkligt hur en chef kan ta parti för en sjuksköterska när chefen inte ens veta vad sjuksköterskan gjorde, alltså på riktigt. Det lät säkert bra, det hon förklarade, men mindre bra vad hon gjorde. Hon tog med sig verksamhetschefen. Jag såg att de satt där ute. Verksamhetschefen satt i korridoren innan hon också kom in och pratade med mig om att jag inbillade mig” (3).

Tolkad helhet

Om patienter som har varit akut och livshotande sjuka under sin återhämtning ska behöva konfronteras med lidanden som är orsakat av vårdpersonalen manipuleranden eller kränkningar av denna patientgrupp, förlängs återhämtningen. Dessa patienter har ett stort behov av att känna trygghet för att de ska kunna återhämta sig. (Griffiths ,& Jones, 2007). Att de måste konfronteras med ett lidande som är orsakat av vårdpersonalens agerande, visar att dessa medarbetare saknar kunskap och kompetens för att hjälpa och stödja dessa patienter under deras återhämtningsperiod (Griffiths , & Jones, 2007; Wiklund, 2003) .

Sammanfattning

Vårdpersonalen bör utveckla sina kunskaper för att under patienters återhämtningstid kunna hjälpa och stödja de som varit akut och livshotande sjuka. Ett sätt skulle kunna vara att tillämpa en av återhämtningsmodellerna (Jacobson, & Greenley, 2001; Miriam, & Tepper, 2007).

d) Att lida utan empati från vårdpersonalen

”Att lida utan empati”, upplevde en informant att han gjorde när han inte fick välja själv hur han skulle inta sina tabletter. Han beskrev att vårdpersonalen hade olika uppfattningar, rutiner

och regler. Han beskrev även att vårdpersonalen inte förstod när han hade problem med att svälja. Citat från denna informant:

”Ett jobbigt problem var att svälja tableterna hela. Jag ville krossa tableterna för att jag hade gjort så hela tiden, men så skulle jag inte få göra det för en vårdpersonal. Det som var konstigt och som jag funderade på var varför vårdpersonal gör så olika, vem gör rätt och vem gör fel? Är det inte så att de arbetar in ett sätt så att jag i fortsättningen ska klara mig själv?”(6).

Tolkad helhet

När patienter som har varit akut och livshotande sjuka befinner sig in sin återhämningsperiod och börjar känna sig starka, vill de också ta eget ansvar. Det kan till exempel gälla intag av medicindos om tableterna ska sväljas hela eller inte. Men all vårdpersonal har inte kunskap om de kan tillåta att denna patientgrupp ska få svälja tableterna hela eller om de måste krossas. När vårdpersonal inte kan uppmuntra patienterna att ta eget ansvar för till exempel sina tabletter, kan patienterna istället uppleva att vårdpersonalen inte har empati för deras problem (Eriksson 1994; Wiklund 2003).

Sammanfattning

Det är viktigt att vårdpersonalen känner empati och tillåter patienter som varit akut och livshotande sjuka ta eget ansvar när de under sin återhämtning börjar känna sig starkare.

e)Att lida utan lindring

En informant beskrev subtemat ”att lida utan lindring” utgjordes av att han hade svårt att tala. Han beskrev det som psykiskt påfrestande, då han hela tiden var tvungen att ursäkta sig eller förklara sig för vårdpersonalen när han ville ha hjälp. Informantens citat:

”Jag fick lära mig att ta vara på dagen. Jag hade jättesvårt att prata. Ibland, i början när det var nya ansikten, var det jobbigt när jag skulle lära känna de som jobbade. Jag tänkte nu kommer han/ hon, undra hur han/hon är och i morgon är det hon/han” (6).

”Det var en väldig skillnad på personalen när jag skulle be om hjälp. För vissa behövde jag inte ursäkta mig eller förklara mig”(6).

”Jag kommer ihåg första gången jag ville duscha men jag skulle inte få göra det. Jag har alltid tyckt om att sköta min hygien. Min syster hjälpte mig till slut och det ifrågasattes. Hon fick förklara varför” (6).

Tolkad helhet

Studiens målgrupp underströk vikten av att behålla sin integritet och värdighet under återhämningsperioden. Som ett exempel beskrevs oförmågan och svårigheten att kunna tala (Morse, 2001). Några av vårdpersonalen förstod inte att denna patientgrupp kan uppleva rädsla inför livsförändringar som exempel om talsvårigheter kan komma att bestå (Morse, 2001; Arman, & Rehnfeldt, 2006).

Sammanfattning

Det är betydelsefullt att vårdpersonalen blir medvetna om de svårigheter som patienterna kan ha efter att de varit akut och livshotande sjuka.

f) Att få lindring

En av studiens patienter beskrev, att när hon var magsjuk, blev hon trodd först när provsvaret kom. Då först fick hon hjälp. Vårdpersonalen skärpte hygien och hon fick mediciner. Detta ”att få lindring” var en behaglig upplevelse. Citat från informanten:

”Det var skönt att få hjälp och att de trodde på mig. Jag var ganska dålig i magen. Jag kräktes jätte mycket. Först var det ingen som trodde på mig. En sjuksköterska sa att jag inbillade mig. En annan sjuksköterska ordnade så att ett feacesprov blev taget. När svaret kom visade det att det var clostrider och plötsligt trodde de på mig. Vårdpersonalen ändrade rutinerna. Jag fick gå på en egen toalett och jag fick penicillindropp” (3).

Tolkad helhet

När studiens patienter får lindring genom att vårdpersonalen uppmärksammar dem som exempel kräktes och de som mår illa, beskrevs det som deras behov blev tillfredställda. En informant upplevde att hon var tvungen att kräkas och må illa, innan vårdpersonal tog hennes illamående på allvar och såg till att hon fick hjälp. Det finns därmed vårdpersonal som inte visar respekt och kränker, genom att styra och bestämma över denna patientgrupp (Eriksson, 1994; Wiklund, 2003; Morse, 1996; Arman, & Rehnsfeldt, 2006).

Sammanfattning

Det är angeläget att all vårdpersonal alltid tar sitt omvårdnadsansvar när de ska hjälpa och stödja patienter som varit akuta och livshotande sjuka under deras återhämtningsperiod.

9. Diskussion

9.1 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie har varit att analysera och tolka akuta och livshotande sjuka patienters upplevelser och erfarenheten under tiden de återhämtar sig. Resultaten visar dels att dessa patienter har ett stort vårdbehov och att deras återhämtning kan vara lång och svår. Dels att vårdresurserna på vårdavdelningarna är begränsade samt att vårdpersonalen behöver utveckla sina kunskaper och sin kompetens för att kunna hjälpa och stödja denna patientgrupp (Griffiths, & Jones, 2007; Granberg- Axéll, 2001; Samuelsson, 2007; Larsson, & Rubertsson, 2005; Jackson, Hart, Gordon, et al 2007). Det behövs utökade resurser och mer tid för att kunna uppmärksamma målgruppens fysiska och psykiska behov. Även uppföljningen behöver utvecklas och förbättras för att därigenom kunna ge mera information kring målgruppens olika akuta och livshotande sjukdomar för att underlätta krisbearbetningen. Dessutom behövs det etiska ansvaret förbättras, för att skydda dessa patienters integritet och värdighet. Detta för att de är utelämnade och när vårdpersonalen iakttar när de svävar mellan liv och död, utan att patienterna själva vet om det. Vårdtagarna behöver få mera stöd och hjälp när de får intensivvård och är omedvetna, men håller på att vakna, för att kunna på börja sin återhämtning i ett lugnt tempo (Eriksson, 1987; Wiklund, 2003; Morse, 2001).

Det som framkom i resultatet under temat, *att ha varit utlämnad*, var att deltagare som läst den skrivna dagbok inte fick en positiv bekräftelse på att de hade vårdats på intensivvården utan boken beskriver vistelsen på ett sätt som några deltagare inte kände igen. Deltagare satt inne med andra erfarenheter från intensivvårdstiden, vilka de beskrev som upplevelser och erfarenheter av att vara iakttagna utan att veta. De beskrev att de har varit iakttagna när de själva var ovissa om de skulle överleva, vilket de beskrev som en nära döden upplevelse som exempel att de såg ett ljussken eller att de svävade i taket. Att vara en intensivvårdspatient kan tolkas innebära upplevelsen av ett hot mot sin. Det självklara i livet rubbas och plötsligt kan allt tas ifrån en (Eriksson 1994). Det räcker det inte med att ge en dagbok till denna patientgrupp då de riskerar att utveckla Posttraumatisk stressyndrom (PTSD). En dagbok som bekräftar vad som hänt utan de bör få mera förståelse och större möjligheter till att få prata om döden och om sina existentiella frågor. Detta för att bearbeta den traumatiska händelsen (Griffiths, & Jones, 2007; Granberg- Axéll, 2001; Samuelsson, 2007; Larsson, & Rubertsson, 2005; Jackson, Hart, Gordon, et al 2007).

Att vara akut och livshotande sjuk och omedveten om att ens liv håller på att räddas, kan resultera i upplevelser och erfarenheter som ger rädsla, panik och dödsångest. Det är känslor som inte kan beskrivas med fysiska förklaringsmodeller eller förutsägas med medicinska teorier utan det handlar om att förstå mänskligt liv som har ett meningsinnehåll och ett djup som behövs förstås och tolkas bättre inom intensivvården. Förbättring behövs av omvårdnaden för dessa intensivvårdspatienter, vilket framkommer ur resultatet i temat, *att ha gränsat mellan det - överkliga - omedvetna – närvarande*, som innebär att patienter har börjat vakna efter att ha varit sederade, de blir mer och mer medvetna. De börjar ta in intryck och känner av sitt illabefinnande. Ett förslag är de olika omvårdnadsåtgärderna sätts in i ett lugnare tempo för att uppmärksamma oro och ångest för att lindra lidanden som är orsakade av rädsla för att dö.

Under temat *att förändras med den akuta och livshotande sjukdomen* i beskrivs resultatet upplevelser från informanter som kan ge ökad förståelse och ett bättre bemötande för denna patientgrupp, vilka ska överflyttas till vårdavdelning. Beskrivningarna kan även användas för att klara upp oklarheter när denna patientgrupp ska återhämta sig efter sjukdomen.

Intervjupersonerna har beskrivit hur de tvingades konfrontera och uthärda sin rädsla för att ha förändrats som människa. Förbättring kan ske genom att hjälpa och stödja dem till att hitta strategier för att återfå kraften och balansen i livet (Eriksson 1987; Wiklund 2003; Morse 2001).

Resultatets beskrivningar av att vara i nuet, att vara i en vändning, att vara motiverad och att vara säker är upplevelser från en tid när de skulle återhämta sig och när de kände att livet inte var som tidigare och att livet kanske kommer att förändras. Det som beskrivs är deras hemlängtan, att de var rädda att få bestående livsförändringar, att de ville vara delaktiga i vården, att den snabba informationen och de tidigare obearbetade kriserna gjorde dem osäkra, vilket påverkade deras återhämtning. Att förstå vad denna patientgrupp går igenom under sin återhämtningsperiod, från ett vårdperspektiv, är att utmana tidigare kunskaper. Det är inte tillräckligt längre att bara förklara och upptäcka fysiska kroppsliga förändringar och symtom inom intensivvård, mera kunskap behövs om hur människans välbefinnande kan förbättras efter en akut och livshotande sjukdom. Tidigare förklaringar behöver ifrågasättas och invanda rutiner är inte försvarbara. Temat att förändras med en akut och livshotande sjukdom innehåller erfarenheter som ger användbara kunskaper till möjliga lösningar till vårdbehoven/ problem som idag är svåra att diagnostisera. Men som resultatet beskriver handlar det inte om diagnoser eller prognoser utan det handlar om att bemöta kämpande människor. Detta är en patientgrupp som under återhämtningsperioden är beroende av hur vårdpersonal förhåller sig. (Eriksson, 1994; Wiklund, 2003; Granberg-Axell, 2001; Griffiths & Jones, 2007; Samuelson & Corrigan 2009).

De lidanden som deltagarna beskrev är samlat under temat *att lida under sin återhämtning*. Det är olika lidanden som resulterat i ett vårdlidande som att lida för sitt liv, att lida utan förbindelse, att konfrontera ett lidande, att lida utan empati från vårdpersonalen, att lida utan lindring och att få lindring.

Patienterna beskriver sina upplevelser då de kände sig förvirrade, hade ångest och var stressade. Intervjupersonerna upplevde att de deras plågsamma lidande inte alls togs på allvar. Några informanter kände sig så plågade att det väckte dödsångest hos dem. Orsaken till dessa fysiska och psykiska symtom/ problem hade sin grund i den akuta och livshotande sjukdomen och av de medicinska räddande insatserna. Efter att deltagaren varit medvetlösa eller nedsövda och svävat mellan liv och död kan det i återhämtningsfasen uppkomma komplikationer som ovan beskrivits (Griffiths & Jones, 2007).

Temat *att lida under sin återhämtning* kan förstås och tolkas att det finns vårdssituationer som behövs uppmärksammas och evidensbaseras. Det behövs möjlighet för vårdpersonalen att reflektera över den etiska värdegrund som råder inom hälso- sjukvården. En värdegrund behövs som är mer tydlig och klar över förhållningsreglerna. Resultatet kan även tolkas som att det finns patienter på vårdavdelningar, vilka inte får sina vårdbehov tillfredställda och blir bemötta lika godtyckligt som intervjupersonerna upplevde det (Eriksson 1994; Wiklund 2003; Arman & Rehnsfeldt 2006).

Resultaten tyder mycket på att denna patientgrupp har stora behov av rehabilitering under återhämtningen. Den behöver förbättras och utvecklas, så att patienterna kan träna och motionera för att få tillbaka kraften, balansen och harmonin i livet. Patienterna vill också känna sig motiverade och vara delaktiga i omvårdnaden. I denna studie framkommer det ett flertal gånger att vårdpersonalen har saknat kompetens och kunskaper för att kunna hjälpa och stödja denna patientgrupp på ett effektivt sätt. Omvårdnaden behöver vidareutvecklas när det

gäller att bemöta dessa patienter som kan vara förvirrade, oroliga, stressade och ha ångest (Eriksson, 1987; Wiklund, 2003; Morse, 2001). Deras återhämtning kan bli enklare och kortare om vårdpersonalen utvecklar en bättre förståelse så att de kan förhindra onödigt obehag och kränkande. Resultaten visar att återhämtningen blir enklare och kortare om deras hemresa planeras i samarbete med patienten (Eriksson, 1987; Wiklund, 2003; Morse, 2001).

9.2 Metoddiskussion

I denna studie valde författaren att använda en fenomenologisk hermeneutisk metod för att på ett tydligt och tillförlitligt sätt kunna studera vilka problem akuta och livshotande patienter sjuka hade under tiden de återhämtade sig. Dessa resultat är inte objektiva och distanserade, utan det är subjektiv upplevelse som har analyserats och tolkats. Subjektiva upplevelser och erfarenheter, från informanter som har varit pålitliga, kan överföras till praktisk verksamhet. Författaren har intervjuat och lyssnat till informanterna egna beskrivningar om vad som hände dem, utifrån deras subjektiva verklighet när de återhämtade sig från att ha varit akut och livshotande sjuka. Efter insamlingen av informanternas beskrivningar relaterats dessa till studien syfte och frågeställningarna (Kvale, 1997; Lindseth & Norberg, 2004). Trots att resultatet bygger på ett litet datamaterial, såsom sju informanter med en åldersspridning på 18- 65 år, är den trovärdig. Studiens resultat kan jämföras med liknande studier inom detta ämne. Genom den valda metoden lyfts en ny och bredare kunskapsförståelse för hur omvårdnaden kan utvecklas och förbättras för denna patientgrupp (Lindseth & Norberg, 2004; Ricoeur, 1976).

Författaren har genomgående strävat efter att vara nära textmassan för att särskilja teman och subteman som beskriver denna patientgrupp (Lindseth & Norberg, 2004). Den vårdvetenskapliga hälsomodellen har tillämpats för att i analys och tolkningsprocess kunna använda vårdvetenskapliga begrepp och för att lättare kunna sortera och dela in den transkriberade texten i teman och subteman (Eriksson, 1994; Wiklund, 2003). Citat från informanterna tydliggör att det är informanternas upplevelser. Resultatets tolkade helhet är mera på abstrakt nivå. Detta är en abstraktionsnivå som kan ge större förståelse som är trovärdig. Det är informanter, som har beskrivit sitt illabefinnande, vilket skedde för ett till tre år sedan. Detta kan jämföras med liknande vårdssituationer som finns idag. Ingen av dessa informanter hade följts upp av vårdpersonalen eller på Post-IVA mottagningar. Författaren hade inte heller någon vårdrelation med dem. Det som kan ha varit till nackdel är att författaren tjänstgör som intensivvårdssjuksköterska på samma intensivvårdsavdelning som studiens deltagare har vårdats på. Däremot är fördelen att författaren har erfarenhet och en egen förförståelse av patienter som är akut och livshotande sjuka och som ska återhämta sig. Eftersom vårdtillfällena för dessa patienter ligger en tid tillbaka kan även en del av minnen vara glömda, suddiga eller saknas. Vissa informanter kunde beskriva sina upplevelser, erfarenheter och uttrycka dessa känslor med stor inlevelse i både ord och genom sitt kroppsspråk. Under intervjuerna visade också flera informanter fram starka känslor som gråt, glädje, ilska, ångest eller ironiskt skratt som även återskapade detaljrika och känslofulla berättelser (Christianson, 1996). Detaljrika berättelser, som författaren har analyserat och tolkat och visas som citat, i studiens redovisning. Däremot kan författaren inte genom den valda metoden kvantitativt mäta och generalisera berättelserna, på grund av att denna kvalitativa metod saknar objektiva mätinstrument. Resultaten kan inte heller omvandlas till mätbara siffror för att kunna peka på samband mellan variabler i statistiska former som till exempel tabeller, figurer eller diagram (Kvale, 1997).

10. Konklusion

Ytterligare forskning och resurser behövs för att kunna förbättra och utveckla omvårdnaden för akuta och livshotande sjuka patienter under deras återhämtningsperiod. Detta skulle kunna resultera i att denna patientgrupp kan få en kortare och enklare vårdtid, vilket därmed kan ge en kostnadseffektivare vård.

11. Tillkännagivanden

Jag vill framföra ett tack till min man Karl-Henrik Lindström som har stötta och hjälp mig alla de gångerna som jag har kört fast i mitt skrivande. Jag vill tacka alla mina kollegor och mina chefer Karin Junker och Malin Gustafsson som har stått ut med mig när jag har varit ”frånvarande” . Jag vill också tacka Fou Sörmland som har gett mig tid och ekonomiskt stöd/handledning för att genomföra studien. Jag vill även tusen gånger tacka Monica Granberg min, ”räddade ängel” ,för hennes fantastiska insats med att korrektur läsning rapporten.

Referenslista

American Psychiatric Association (2002). Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Mälarsjukhuset. Pilgrim Press.

Arman. A., Rehnsfeldt. A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande. Etik i vårdandet*. Stockholm. Liber.

Bellack, A S. (2006). Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32, (3), 432-442.

Bengtsson, J. (1988). *Sammanflätningar fenomenologi från Husserl till Merleau-Ponty*. Göteborg. Daidalos.

Bench, S. Day, T. (2010) The user experience of critical care discharge: Ametasynthesis of qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 47, (4), 487-499.

Bone, RC. (1996). Immunologic dissonance: a continuing evolution in our understanding of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and the multiple organ dysfunction syndrome (MODS). *Annals of intern Medicine*, 15;125 (8), 680-7.

Corrigan, P W, Mueser, K T, Bond, G R, Drake, R E, Solomon, P. (2008) *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. New York London, The Guilford press.

Corrigan, I. Samuelson, K. Fridlund, B. Thomé, B. (2007). The meaning of posttraumatic stress reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23; 206-215.

Christianson, S.-Å. (1996). *Traumatiska minnen*. Borås. Natur och kultur.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund. Studentlitteratur.

Edlund, M. (2002). *Människans värdighet*. (Akad avhandling), Åbo, Åbo Akademis förlag.

Engström, Å. Grip, K, Hamrén. M (2008). Experiences of intensive care unit diaries: "touching and tender wound". *Critical care Nursing*, 14 (2), 61-67.

Engström, Å. Södergren, S. (2004). The experience of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and Critical care Nursing*, 20, 299-308.

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm. Liber AB.

Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm. Liber AB.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm. Liber AB.

Frick S, Uehlinger DE, Zurcher Zenklusen RM. (2002) Assessment of former ICU patients' quality of life: comparison of different quality-of-life, *Intensive Critical Care Medicin*, 28, 1405-1410.

Gadamer, H.G. (2003). *Den gåtfulla hälsan*. Ludvika. Dualis AB.

Granberg Axéll, A. (2001) The intensive care unit syndrome/delirium, patient's perspective and clinical signs. Akademisk avhandling. Lunds universitet. Department of Anesthesiology and intensive care, Faculty of Medicine.

Griffiths, RD, Jones C (2007). Seven lessons from 20 years of follow-up of intensive care unit survivors. *Current Opinion in Critical Care*, 13, 508-513.

HSL (1982:763) Hälso- sjukvårdslagen.

Hyldegaard. K. (2006). *Vetenskapsteori. En grundbok för pedagogiska ämnen*. Stockholm. Liber AB.

Jacobson, N, Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric services*, 52(94), 482-485.

Jackson, Hart, Gordon, et al. (2007). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. *Critical Care*, 11. R27.

Kvale. S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund. Studentlitteratur.

Larsson. A, Rubertsson. S (2005). *Intensivvård*. Stockholm. Liber AB.

Lindseth. A, Norberg. A. (2004). Professor A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience, *Scandinavian journal of caring sciences*, 18, 145-153.

Lögsrup. K.E. (1992). *Det etiska kravet*. Göteborg. Daidalos.

Marshall. C, Soucy. M. (2003). Delirium in the intensive care unit. *Critical care nursing quarterly*, 3, 172-178.

Morse, J. M., Bottorft, J.L., Hutchinson, S. (1994). The phenomenology of comfort, *Journal of Advanced Nursing*, 20 (1), 189-195.

Morse, J.M., Carter. B. (1996) The Essence of Enduring and Expressions of Suffering: The Reformulation of self. *Research and Theory for Nursing Practice, An International Journal*, 10, (1), 43-60.

Morse, J.M. (2001). Toward a Praxis Theory of suffering. *Advances in Nursing Science*, 24, (1) 47-59.

Ricour. P. (1976). *Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of meaning*. Texas. Texas Christian University press.

Reid CL, Campbell IT, Little RA, (2004). Muscle wasting and energy balance in critical illness. *Clinical Nutrition*, 23, 273-280.

Samulsson, K (2007). Sedation during mechanical ventilation in intensive care - Sedation practices and patients' memories, stressful experiences and psychological distress. Division of Nursing, Faculty of Medicine, Lund University.

Samulsson, K, Corrigan I. (2009). A nurse-led intensive care after-care programme – development, experience and preliminary evaluation. *Nursing in Critical Care* , 14 (5), 254-263.

SOSFS (1993:17). Socialstyrelsen allmänna råd om omvårdnad inom hälso-sjukvården.

SOSFS (2005:12). Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Stinman, M G, Ross, R N, Maislin, G, Marchuk, N, Hijiridas, S, Weiner, M G. (2007). Recovery preference exploration : Analysis of patient feedback after imagined scenarios. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 86 (4), 272-281.

Stolt, C-M. (2003). *Medicinen och det mänskliga, vårdkonst och vardagsetik, humanism och humaniora*. Stockholm, Natur och kultur.

Storli, S. Lindseth, A. Asplund, K. (2008). A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *Critical Care Nursing*, 13 (2), 86-96.

Svenska akademins ordlista över svenska språket (2006). Sverige. Norstedts Akademiska Förlag.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm. Natur och Kultur.

Övrigt:

Svensk Förening för Anestesi och intensivvård (2009- 03-17) *Riktlinjer för svensk intensivvård*. SFAI: delförening för intensivvård.

Svenska intensivvårdsregistret – SIR, (2011-01-01) *Riktlinjer för PostIVA uppföljning*.

Förfrågan till verksamhetschefen NN för Anestetikliniken på Xsjukhuset i Xstaden

Jag Carina Palesjö planerar att genomföra en fenomenologisk hermeneutisk studie med titeln: Hälsa efter akut och livshotande sjukdom – ur ett patientperspektiv.

Studien kommer att genomföras på Anestetikliniken intensivvårdsavdelningen på Xsjukhuset. Syftet med studien är att beskriva och analysera intensivvårdspatienters återhämtning efter en akut och livshotande sjukdom. Datainsamlingen kommer att bestå av att patienter intervjuas. Urvalet och inklusionskriteriet för studien är att patienterna är vuxna och att de efter den akuta och livshotande sjukdomen har ett socialt nätverk omkring sig, har arbete eller är arbetslös, går i gymnasieskola eller högskola. Den akuta och livshotande sjukdomen ska ha lett till kliniska försämringar som vållat skador på patientens kropp. Kliniska försämringar som exempelvis (SIRS, systemic inflammatory response syndrom) inflammatoriska reaktionen, (MODS multiple organ dysfunction syndrom) sepsisinducerad multipel organdysfunktion, (DIC, disseminerad intravasal koagulation) aktivering av koagulationssystemet, (ARDS, acute respiratory distress syndrom) försämrat gasutbyte i lungorna. Prognosen ska ha blivit poängbedömt enligt intensivvårdsregistret (PasIVA). Exklusionskriterierna att patienterna är pensionärer. Rekryteringen av deltagarna kommer att avslutas när 8-10 patienter har intervjuats.

Samtliga intensivvårdspatienter som har vårdats på för akut och livshotande sjukdom mer än 72 timmar under jan år 2003- aug - 2009 på Mälarsjukhuset kommer att identifieras och samlas in från intensivvårdens patient registreringsystem (PasIVA), de elektroniska patientjournalerna och pappersbaserade anestesi- och övervakningsjournalerna. Inga data kommer att innehålla uppgifter i form av personnummer, namn, adress eller liknande. Först kommer samtliga intensivvårdspatienter som har vårdats mer än 72 timmar i respirator från 1- 5 år som är registrerade granskas. Sedan kommer 8- 10 patienter tillfrågas om medverkan i studien via brev och telefonförfrågan. Om patienterna inte minns vårdtiden på intensivvårdsavdelningen får de ta hjälp av den skrivna dagboken eller en närstående. Intervjuerna kommer att genomföras i ett särskilt rum på Xsjukhuset eller hemma hos patienten. De kommer också att bli erbjudna uppföljningssamtal där de kan få träffa intervjuaren efteråt.

För att kunna genomföra studien behöver jag ett godkännande från verksamhetschefen på Anestesi kliniken Xsjukhuset för att få tillgång till intensivvårdens patient registreringsystem (PasIVA), de elektroniska patientjournalerna och pappersbaserade anestesi- och övervakningsjournalerna där jag kan få tag i lämpliga intensivvårdspatienter till studien .

Som verksamhetschef godkänner jag ovanstående

Namn och datum

Förfrågan om deltagande i studie:
Hälsa efter akut och livshotande sjukdom

Utifrån att jag har granskat dina sjukvårdsjournaler tillfrågas Du om deltagande i en studie som handlar om hur patienter som har vårdats på intensivvårdsavdelning upplevde sin återhämtning efter akut och livshotande sjukdom. Under de senaste åren har intensivvården utvecklas. Idag finns medicinska behandlingsstrategier som är på en avancerad nivå. Att insjukna i en akut och livshotande sjukdom innebär att fler människor kan räddas. Dessvärre finns inte många studier som beskriver hur patienter upplever denna situation. Syftet med studien är att beskriva och analysera intensivvårdspatienters återhämtning efter en akut och livshotande sjukdom. Denna studie genomförs för att få en fördjupad förståelse för hur intensivvårdspatienterna har återhämtat sig efter sin akuta eller livshotande sjukdom.

Om du väljer att delta i denna studie kommer du i intervjun få berätta med egna ord om Din, upplevelser, erfarenheter, känslor och tankar om din återhämtning. Intervjun kommer att pågå ca en timme. Om du inte minns så mycket av vistelsen på intensivvårdsavdelningen får du ta hjälp av din "dagbok" eller av dina närstående. Tillsammans bestämmer vi tid och plats som passar dig. Intervjun kommer att ljud inspelas. Intervjun kommer senare att skrivas ut ordagrant. Din berättelse kommer att skyddas så att inga obehöriga får tillgång till den. Din berättelse kommer att aidentifieras och förvaras på ett ställe där endast personer som ansvarar för studien har tillgång till. Du är garanterad att inga uppgifter kommer att härledas till enskild person. Resultatet kommer att ingå som FoU rapport och som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift.

Ditt deltagande i studien är frivilligt. Väljer du att delta kan du när som helst under intervjun avbryta utan närmare förklaring. Om du känner att intervjun väcker obehagliga minnen eller upplevelser kan vi träffas igen och prata mera efteråt på Post IVA- mottagning. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utges.

Du är välkommen att kontakta ansvarig om du vill ha ytterligare information om studien. Annars kommer jag att ta kontakt med dig om två – tre veckor så att vi kan bestämma en intervjutid.

Studieansvarig är Carina Palesjö intensivvårdsjuksköterska, Xsjukhuset Xstaden. Telefon:
xxxxxx

Förfrågan om medgivande

Jag vill delta i studien ” Hälsa efter akut och livshotande sjukdom” och härmed ger mitt medgivande att studieansvarig Carina Palesjö får läsa min patientjournal från vårdtillfället när jag var akut och livshotande sjuk på Xsjukhuset.

Underskrift

Deltagarens samtycke

Studie: *Hälsa efter en akut och livshotande sjukdom – ur ett patientperspektiv*

Skriftligt samtycke

Jag har tagit del av den skriftliga informationen som jag fick hemskickat. Jag vill delta i studien och känner till att mitt deltagande är helt frivilligt samt att jag när som helst och utan förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Deltagarens namnteckning

Datum

Brev till deltagare

X 2011-05-19

Hej!

Tack för ditt deltagande i min studie! Jag är inte helt klart ännu men beräknar vara det i höst. Med tanke på ditt deltagande och mitt forskaransvar samt att sedan ett par år tillbaka följs de personerna upp som har vårdats mer än tre dygn på intensivvårdsavdelningen på Xsjukhuset vill jag härmed bjuda in dig till ett uppföljningssamtal.

Om fortfarande inte mår riktigt bra eller att du efter intervjun fick nya tankar och funderingar kring den tiden kan vi träffas och prata om det. Vi kan vi träffas på Post-IVA mottagningen på Xsjukhuset eller så kan jag ringa dig. Om du är intresserad kan du ringa mig, mitt mobilnr är xxxxx eller skicka ett sms så kan jag ringa dig. Eller maila, xxxxxx

Med vänlig hälsning Carina Palesjö

Hälsoenkät (SF-36)

Instruktion: Detta formulär innehåller frågor om hur Du ser på Din hälsa. Informationen skall hjälpa till att följa hur Du mår och fungerar i Ditt dagliga liv. Besvara frågorna genom att sätta ett kryss i den ruta Du tycker stämmer bäst in på Dig. Om Du är osäker, kryssa ändå i den ruta som känns riktigast.

	Utmärkt	Mycket god	God	Någorunda	Dålig	
1 I allmänhet, skulle Du vilja säga att Din hälsa är:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Mycket bättre nu än för ett år sedan	Något bättre nu än för ett år sedan	Ungefär detsamma	Något sämre nu än för ett år sedan	Mycket sämre nu än för ett år sedan	
2 <u>Jämfört med för ett år sedan</u> , hur skulle Du vilja bedöma Ditt allmänna hälsotillstånd <u>nu</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 De följande frågorna handlar om aktiviteter som Du kan tänkas utföra under en vanlig dag. <u>Är Du på grund av Ditt hälsotillstånd</u> begränsad i dessa aktiviteter <u>nu</u> ? Om så är fallet, hur mycket?				Ja, mycket begränsad	Ja, lite begränsad	Nej, inte alls begränsad
(a) Ansträngande aktiviteter, som att springa, lyfta tunga saker, delta i ansträngande sporter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Måttligt ansträngande aktiviteter, som att flytta ett bord, dammsuga, skogs promenader eller trädgårdsarbete				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Lyfta eller bära matkassar				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Gå uppför flera trappor				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Gå uppför en trappa				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Böja Dig eller gå ned på knä				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Gå mer än två kilometer				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Gå några hundra meter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Gå hundra meter				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Bada eller klä på Dig				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>