



# Masteroppgave

November 2020

## Kvalitativ metasyntese

*Hva er intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*

Kandidatnavn: Wenewshe Hamad & Gøril Slaatto

Emnekode: MINT 5900-1 20V

Antall ord: 13909

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

## **Forord**

Denne masteroppgaven har vært krevende, men også spennende og lærerik. Det ble ekstra utfordrende under pandemien i vår. Da jobbet vi begge full tid med veldig syke covid-19 pasienter. Noe av arbeidet ble forskjøvet - hovedtyngden kom på slutten.

Kandidatene har et håp om at oppgaven skal komme intensivpasientene til gode og påvirke praksis. Kandidatene jobber på to ulike sykehus, hvor praksisen er ulik. Det ene sykehuset har oppfølging av intensivpasientene etter utskrivelse, mens det andre ikke har det.

Det er flere personer som har bidratt på ulike måter i oppgaven. Først av alt vil takke deltakerne og forfatterne i primærstudiene. De har bidratt med data og gitt oss innsikt i opplevelsene de har av oppfølging etter utskrivelse.

Videre vil vi rette en stor takk til vår veileder Anne Eikeland ved OsloMet - storbyuniversitet. Hennes konstruktive tilbakemeldinger og kloke råd har vært til stor hjelp i denne krevende prosessen.

Vi vil også rette en stor takk til våre kjære familier, som har vært så tålmodige og hjulpet oss i prosessen.

Til slutt vil vi takke våre arbeidsplasser som har gitt oss muligheten til både å ta videreutdanning og master i intensivsykepleie. Tusen takk!

Wenewshe Hamad & Gøril Slaatto, november 2020

## **Sammendrag**

Bakgrunnen for oppgaven er utfordringene intensivpasientene står overfor etter utskrivelse fra intensivavdeling. Det er ulik praksis i forhold til oppfølgingen som gis. Hensikten med oppgaven er å avdekke intensivpasientens syn på oppfølging.

**Problemstillingen** er "*intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*"

**Design/Metode:** Metasyntese/Metaetnografi. Datasamling fra seks kvalitative primærstudier. Fra 2010 – 2020. 81 voksne, deltakere over 18 år. Intensivopphold over 48 timer.

**Resultater:** Hallusinasjoner, vanskelige drømmer og minner var utfordrende å håndtere. Deltakerne hadde urealistiske forventninger til rehabiliteringen. Når rehabiliteringen ikke gikk som forventet medførte dette frustrasjon blant deltagerne. De følte seg avhengige og sårbare som følge av de kroppslige endringene de opplevde. Pårørende var verdsatt, men det ble foretrukket hjelp og støtte fra helsepersonell. Skriftlig informasjon ble etterlyst. Muntlig informasjon var lett å glemme. Oppfølgingssamtaler ble sett på som positivt. Dagbok opplevdes ulikt, og kunne vekke ubehagelige minner. Konsekvensene var at psykisk, fysisk og mentale begrensinger påvirket i stor grad rehabilitering og opplevelsen av den. Den psykiske begrensingen påvirket mest.

**Konklusjon** Deltakerne hadde behov for tilpasset oppfølging fra personell med dybdekunnskap innen intensivbehandling. Intensivsykepleierne hadde en sentral rolle i oppfølgingen. Deltakerne hadde et omfattende informasjonsbehov, spesielt skriftlig. Oppfølgingssamtaler med profesjonelle var avgjørende. De oppnådde bearbeidelse av situasjonen og fikk en følelse av sammenheng. Dagbok og dagbok med bilder burde tilpasses den enkeltes behov.

**Klinisk praksis** Lite utarbeidet felles retningslinjer for hvordan intensivpasientene følges opp. Like-behandling er en sentral målsetning for helsetjenesten. Deltakerne oppgav at det var verdifullt å bli fulgt opp.

## **Nøkkelord:**

Followup, Critical patient, After discharge, Experiences, Conversation og Qualitative study.

## **ABSTRACT**

**The background** for this thesis is the challenges facing patients after discharge from intensive care unit. Different practises regarding the assistance and help that is offered. The purpose of this study is to examine the Patient's perception on the topic of follow-up.

**Aim of the study:** "the intensive care Patient's perception of the follow up after discharge.

**Design/methodology:** Metasynthesis/Meta-ethnography. Data collection from 6 qualitative primary studies from 2010-2020. The number of participants is 81, adults over the age of 18. ICU stay more than 48 hours.

**Results:** Hallucinations, difficult dreams, and memories hard to handle. The Participants had unrealistic expectations to the rehabilitation. When the rehabilitation did not progress as expected, this often leads to frustration among the participants. The participants felt dependant and vulnerable following the bodily changes they experienced. Their relatives being appreciated, but assistance from health care professionals was preferred. Written information being in demand. Oral information deemed easy to forget. The follow-up conversations seen as positive. Dairies perceived different and could revoke unpleasant memories. Consequences being that psychological, physical, and mental limitations to a large degree influences the rehabilitation process and the perception of the process. The psychological limitation perceived most influential.

**Conclusion:** The participants had a need for individual customized follow-up by personnel holding in depth knowledge within intensive care. Intensive care nurses had a central role in this follow-up. The participants had a comprehensive need of information, especially in written form. Follow-up conversations with professionals was essential. This enabled the processing and understanding of context. Dairies and dairies with pictures should be adjusted by individual needs.

**Clinical practise:** There is little commonly prepared standard information on how the intensive care patient's follow-up. Equal treatment is a central principial aim within health services. The participants deemed it as valuable to be followed up.

### **Key words:**

Followup, Critical patient, After discharge, Experiences, Conversation og Qualitative study.

## INNHold

<b>1 Introduksjon .....</b>	<b>3</b>
1.1 Bakgrunn .....	4
1.2 Problemstilling .....	5
1.3 Avgrensning .....	6
1.4 Hensikt .....	6
1.5 Begrepsforklaringer.....	6
<b>2 Teoretisk grunnlag .....</b>	<b>9</b>
2.1 Funksjonsnedsettelse.....	9
2.1.1 Psykologiske endringer .....	10
2.1.2 Kognitive endringer.....	10
2.1.3 Fysiske endringer .....	11
2.2 Livskvalitet.....	11
2.3 Oppfølging .....	12
2.4 Salutogenese.....	13
<b>3.0 Design og metodevalg .....</b>	<b>15</b>
3.1. Formulere forskningsspørsmål.....	18
3.2 Avansert planlegging.....	19
3.2.1 Klargjøre egen forforståelse .....	19
3.2.2 Søkeprosedyre .....	20
3.2.3 Foreløpige inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	20
3.2.4 Kvalitativ design: .....	20
3.2.4 Strategisk utvalgelse:.....	21
3.2.5 Tidsperiode for publisering av studier: .....	21
3.3 Metaetnografi .....	23
3.1.1 Fase en – Oppstart .....	24
3.1.2 Fase to – Beslutte aktuelle artikler .....	25
3.1.3 Fase tre – Lese artikler .....	25
3.1.4 Fase fire – Avdekke nøkkelmetaforer og finner sammenheng.....	25
3.1.5 Fase fem – Oversette artikkelene inn i hverandre.....	26
3.1.6 Fase seks - utarbeide synteser .....	26

3.2 Fase syv – metasynteserapport .....	27
<b>4 Litteratursøk.....</b>	<b>28</b>
4.1 Flytskjema litteratursøk.....	29
4.2 Forberede søkeprosessen.....	30
4.3 Trinn en og to. Søk i databasene .....	31
4.3.1 Pågående primærstudier .....	32
4.3.2 Grålitteratur .....	32
4.3.3 Praksiserfaring.....	32
4.3.4 Tilleggssøk i referanselister .....	32
4.3.5 Søkeprosessene i databasene.....	34
4.4 Trinn tre og fire. Grovsortering og screening .....	39
4.5 Trinn fem - nærlesing av kandidatartikler.....	46
4.6 Trinn seks – kvalitetsvurdering .....	50
4.6.1 Sjekkliste til kvalitetsvurdering av primærstudier .....	51
4.7 Trinn sju – Inkluderte artikler i metasyntesen.....	52
<b>5 Resultat – Den analytiske fasen.....</b>	<b>54</b>
5.1. Avdekke nøkkelmetaforer og finner sammenheng .....	54
5.2 Oversette studiene inn i hverandre .....	60
5.3 Utarbeide synteser .....	67
<b>6.0 Diskusjon og metasynteserapport.....</b>	<b>69</b>
6.1 Rehabilitering .....	69
6.1.1 Syntesene om rehabilitering: .....	70
6.2 Informasjon .....	74
6.2.1 Syntesene om informasjon .....	74
6.3 Oppfølgingssamtaler i intensivavdelinger.....	77
6.3.1 Syntesene om oppfølging .....	77
<b>7 Konklusjon og konsekvenser for praksis .....</b>	<b>82</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>84</b>
<b>Vedlegg 1 .....</b>	<b>98</b>
<b>Vedlegg 2 .....</b>	<b>106</b>

# 1 Introduksjon

Dette er en masteroppgave innen intensivsykepleie. Vi er to kandidater som har valgt å undersøke *intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*. Dette gjelder utskrivelse fra intensivavdeling, hvor intensivpasienten har gjennomgått behandling på intensivavdeling. Kandidatene har ikke vært opptatt av hvor intensivpasienten oppholder seg. Vi har vært opptatt av opplevelsen intensivpasientene har om oppfølging etter utskrivelse fra intensivavdelingen.

Pasientoppfølgingen etter utskrivelse er relativt nytt innen intensivfaget. *Intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse* har engasjert kandidatene helt fra vi startet videreutdanningen innen intensivsykepleie. Vi har opplevd at det er ulik praksis i forhold til hvilket tilbud intensivpasientene får, etter utskrivelse fra intensivopphold. Etter vår erfaring er det opp til hvert enkelt helseforetak og sykehus, hvilke typer oppfølging som tilbys etter utskrivelse.

Kandidatene ønsker å se nærmere på hva intensivpasienten sitter igjen med av opplevelser og inntrykk av oppfølgingen. Hva mener de er viktig i den vanskelige fasen de gjennomgår. Hvordan påvirkes deres opplevelser med tanke på det videre forløpet og evnen til rehabilitering. Mange intensivpasienter opplever at utfordringene står i kø. Det å gjennomgå intensivbehandling er svært krevende både for intensivpasientene og deres nærmeste pårørende. Noen av intensivpasientene er nærmere døden enn livet.

Innledningskapittelet tar for seg bakgrunnen for studien. Deretter vil problemstillingen, hensikten og formål med oppgaven presenteres. Avslutningsvis vil sentrale begreper som har betydning for problemstillingen redegjøres for.

## 1.1 Bakgrunn

Det er flere overlevende etter intensivbehandling i dag enn tidligere, men det er også økt forekomst av kritisk syke pasienter. Dette har resultert i et stort antall overlevende.

Problemene pasientgruppen står overfor, påvirker i stor grad, den enkeltes funksjon og livskvalitet. Problemene forårsaker ofte fysiske, psykiske og kognitive utfordringer, som strekker seg langt utover den opprinnelige sykdommen (Needham, Davidson, Cohen, Hopkins, Weinert, Wunsch, Zawistowski, 2012; Elliott, Davidson, Havrey, Bemis-Dougherty, Hopkins, Iwashayna & Black, 2014).

Utfordringene intensivpasientene står overfor etter utskrivelse fra intensivavdeling bør avdekkes. Utfordringene er mange. De psykiske plagene varierer, men inkluderer ofte angst, depresjon eller post traumatisk stress syndrom (PTSD). Kognitivt får de vanskeligheter med oppmerksomhet, konsentrasjon og tap av hukommelse. Fysiske plager knyttes ofte til muskelsvakhet og dårlig mobilitet (Radigan & Kathryn, 2018). Disse utfordringene gjør det vanskelig å huske avtaler eller informasjon som er gitt. De mister oversikten og blir slitne. I tillegg blir de slitne som følge av redusert fysisk styrke og mobilitet.

Tidligere ble ofte posttraumatisk stress lidelse (PTSD) benyttet når de psykologiske konsekvenser etter intensivopphold ble beskrevet. Plagene omfattet angst og depresjoner. (Ratray, Crocker, Jones og Connaghan, 2010; Needham et al., 2012). I dag er konsekvensene ytterligere definert. De fysiske, psykiske og kognitive svekkelsene som følge av kritisk sykdom er formidable. Svekkelsene er vedvarende over tid og påvirker livskvaliteten etter utskrivelse fra intensivavdeling. Svekkelsene blir omtalt som Post Intensive Care Syndrom (PICS) (Needham et al., 2012; Maley og Mikkelsen 2017, s.813-817). Disse svekkelsene vil påvirke *intensivpasientens opplevelse av oppfølgingen etter utskrivelse*. Pasientene er svekket, mangler kunnskap og informasjon. De har urealistiske forventninger til rehabiliteringen.

Oppfølging etter utskrivelse fra intensivavdeling innebærer å identifisere utfordringene intensivpasientene står overfor, og iverksette rehabilitering med tanke på dette (Stubberud 2015, s.303). Rehabiliteringen er ofte langvarig, men som ikke alltid ender i at intensivpasienten gjenvinner tidligere funksjonsnivå (Needham et al., 2012). Gjenopptrening etter kritisk sykdom, kan innebære at man utvikler ny mening med livet. Rehabiliteringen bestemmes utfra intensivpasientens forutsetninger og hva de ønsker å oppnå.



Helsepersonellens rolle er å støtte intensivpasientene i å nå disse. I rehabiliteringsfasen må intensivpasientene kunne håndtere uventede problemer, som kan påvirke opplevelsen av rehabiliteringen (Nelderup, Simonson & Samuelson, 2018).

Kandidatene erfarer at behandlingsmiljøet innen intensivavdelingene er bevisst på at intensivpasientene har en lang vei å gå etter intensivoppholdet. Dette vil påvirke *intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*. Kandidatene mener det er viktig å undersøke temaet for å få et innblikk i hva intensivpasientene selv mener. Kandidatene ønsker å forsøke å påvirke praksis med oppgaven. Kunnskap om intensivpasientenes opplevelse av oppfølging er viktig for intensivsykepleiere. Dette for å kunne endre eller gjøre eksisterende praksis bedre.

## 1.2 Problemstilling

Dette forskningsarbeidet handler om mennesker og opplevelser. Formålet er å beskrive og fortolke opplevelser.

Når det gjelder problemstillingen bør den balanseres mellom bredde og nytte. Den bør gi funn som er meningsfulle for andre klinikere, forskere og offentligheten (Polit & Beck 2017, s.660). Problemstillingen er vanligvis formulert som et spørsmål og sier hva forskningen skal gi svar på. Det er problemstillingen som styrer valg av teori og forskningsmetode. I prinsippet styres problemstillingen om det å besvare spørsmålene hva og hvem (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s.54).

Kandidatens problemstilling er: «*Hva er intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*». Den besvarer både spørsmålet hva; opplevelse av oppfølging etter utskrivelse og hvem; intensivpasienten. Det anbefales at problemstillingen kan justeres underveis etter hvert som kunnskapen omkring dataene gir grunnlag for å utvikle ny viten (Malterud, 2017, s.176).

### 1.3 Avgrensning

Intensivpasientens opplevelse er sentral i problemstillingen. Primærstudiene som inkluderes har alle pasientperspektivet og beskriver *intensivpasientens opplevelser av oppfølging etter utskrivelse*. Kandidatene inkluderer voksne intensivpasienter over 18 år, som har vært innlagt over 48 timer på intensivavdelinger, uavhengig av diagnose.

### 1.4 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse *intensivpasienters opplevelse av oppfølging etter intensivopphold*. Studien undersøker den generelle oppfølgingen intensivpasientene får etter utskrivelse fra intensivavdeling. Opplevelsene intensivpasientene gjennomgår er verdifull kunnskap for intensivsykepleiere. Norsk Sykepleierforbund landsgruppe for intensivsykepleiere (NSFLIS) mener at intensivsykepleiernes behandlende og rehabiliterende funksjon blant annet handler om å jobbe tverrfaglig og tilrettelegge rehabilitering tidlig i pasientforløpet. Det langsiktige målet er å bedre pasientens funksjonsnivå og opplevelse av livskvalitet (NSFLIS, 2014, s.2). Kunnskapen kan også bidra til økt forståelse blant helsepersonell som jobber med rehabilitering av intensivpasienter etter utskrivelse.

### 1.5 Begrepsforklaringer

#### *Intensivpasienten*

Blir definert som når det foreligger truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner. Svikten antas å være helt eller delvis reversibel (Søreide, Flatland, Flaatten, Helset, Haavind, Klepstad & Vinorum, 2014 s.10).

#### *Deltaker*

Informantene i primærstudiene som tidligere hadde vært intensivpasienter

#### *Intensivsykepleier*

Spesialiserte sykepleiere som har videreutdanning innen behandling av akutt og kritisk syke pasienter som har åpenbar eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie deltar

aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død (Søreide et al., 2014 s.10).

### *Intensivavdeling*

En intensivavdeling er en sykehusenhet med spesialutdannet personell som behandler pasienter med svikt i et eller flere organsystemer, hvorav respirasjonssvikt er den vanligste. Derfor er respiratorbehandling sentral i forhold til organisering og bemanning (Søreide et al., 2014 s.11).

### *Rehabilitering.*

Rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom pasienten, pårørende og helsepersonell. Rehabilitering er å gjenoppbygge fysiske, psykiske og kognitive funksjoner pasienten tidligere har hatt. Gjenoppbyggingen gir mulighet for økt livskvalitet (Jones, 2014). Kandidatene benytter denne definisjonen i oppgaven.

### *Oppfølgingssamtaler*

Oppfølgingssamtaler er en måte å organisere oppfølging etter utskrivelse fra intensivavdelinger. Samtalen innebærer å innkalle intensivpasienten, og eventuelt pårørende (Stubberud, 2020 s.230). Oppfølgingssamtalene i denne oppgaven er sykepleierledet.

### *Pasientdagbok*

Pasientdagbok er et verktøy som benyttes for at intensivpasienten skal erindre minner og huske opplevelser fra intensivoppholdet. Målet er å få dypere innsikt i følelser og opplevelser knyttet til intensivbehandlingen, og bearbeide disse etter intensivoppholdet. Dagboken inneholder spesifikk informasjon om intensivpasientens fysiske tilstand, prosedyrer og behandlinger som er gjennomført. Hendelser som skjer enten på eller utenfor intensivavdelingen beskrives også (Ullman, Aitken, Rattray, Kenardy, Le Brocque, MacGillivray og Hull, 2015; Radigan & Kathryn, 2018; Stubberud, 2020 s.49). I denne oppgaven er dagboken skrevet av intensivsykepleiere. Gjennomgang av dagboken var en del av oppfølgingssamtalene i primærstudiene.

### *Informasjonsbrosjyre*

Informasjonsbrosjyrer gir intensivpasienten kunnskap om hans eller hennes sykdomssituasjon. Dette gir bedre oversikt og kontroll over situasjonen. Intensivavdelingene har informasjonsbrosjyrer både til intensivpasientene og deres pårørende (Stubberud 2020, s.228).

### *Metafor*

Ord eller uttrykk som benyttes i overført og billedlig betydning (Store Norske leksikon, 2020). Brukes i kvalitative studier for å visualisere og avdekke relasjoner mellom studier (Pilot & Beck, 2017 s.536).

## 2 Teoretisk grunnlag

Dette kapitlet tar for seg relevant teori som knyttes til *intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*. Det var tre hovedtemaer som var fremtredende for deltakerne i primærstudiene. Det var utfordringene de sto overfor som følge av deres funksjonsnedsettelse. Disse var knyttet til *fysiske, psykiske og kognitive* endringer som oppstår etter kritisk sykdom.

Oppfølgingen etter intensivopphold varierer både nasjonalt og internasjonalt. Dette i form av innhold, struktur og effekten av oppfølgingen. Noen sykehus tilbyr ingen oppfølging, mens andre har rehabiliteringsprogrammer og polikliniske timer (Egerod, Risom, Thomsen, Storli, Eskerud, Holme, Samuelson, 2013). Det anbefales at intensivpasienter som har ligget i intensivavdeling over 48 timer og som har hatt respiratorbehandling får et strukturert rehabiliteringsprogram etter utskrivelse (Mikkelsen, Netzer & Iwashyna, 2018). Kandidatene har derfor valgt å inkludere primærstudier hvor innleggelse over 48 timer er ett av inklusjonskriteriene.

En sentral forståelse av hvordan mestre stress og uventede forhold knyttet til kritisk sykdom er den salutogene tilnærmingen. Dette helseperspektivet baseres på at det er en todeling mellom det friske og det syke mennesket. Ytterpunktene er helse og uhelse (Antonowsky, 2012). Kandidatene har valgt denne tilnærmingen som teoretisk grunnlag for hvordan helse fremmes.

### 2.1 Funksjonsnedsettelse

Intensivpasienter opplever omfattende kroppslige endringer som påvirker deres livskvalitet negativt (Jones, 2014). Studier har vist at det er en sammenheng mellom intensivpasienters opplevelse av intensivoppholdet, og forekomsten av angst og depresjon. Dette kan ha betydning for rehabiliteringen (Rattray et al., 2010).

### 2.1.1 Psykologiske endringer

Den psykologiske sårbarheten som intensivpasientene opplever knyttes til flere faktorer. Sårbarheten oppstår som følge av risikofaktorene som oppstår ved kritisk sykdom. Det kan oppstå en reell risiko for å dø, vanskelige følelser knyttes til dette. Aggressiviteten i behandling er omfattende. Intensivpasientene har ofte behov for respiratorbehandling. Noen av medisinene har mange bivirkninger, som for eksempel hallusinasjoner og respirasjonsdepresjoner. Medisiner som kan gi slike bivirkninger er eksempelvis benzodiazepiner og opiater. Andre forhold intensivpasienter opplever er blant annet redusert verbal kommunikasjon. Dette kan oppstå når intensivpasienten har behov for respirasjonsstøttende behandling, som for eksempel ved respiratorbehandling. Støyende utstyr og skarp belysning gjør at miljøet oppleves som en fremmed og skummel verden. Intensivbehandling er kompleks, og pasientene får omfattende medisinsk behandling. Behandlingen inkluderer mye medisinsk teknisk utstyr og intensivpasienten kobles til mange ledninger (Chahraoui, Laurent, Bioy & Quenot, 2015).

Kandidatenes forståelse av den psykologiske sårbarheten som oppstår påvirker *intensivpasientens opplevelse av oppfølgingen*. Pasienten får vanskelige tanker og følelser. Minnene er uklare. Dette er traumatiserende opplevelser som kan medføre blant annet PTSD. Dette reduserer livskvaliteten på sikt.

### 2.1.2 Kognitive endringer

Intensivopphold fører ofte til kognitive endringer hos intensivpasientene. Hukommelsestap, konsentrasjonsproblemer og redusert kognitiv funksjon er utbredt og pågår over tid. Dette kan påvirke deres sosiale liv negativt. Delirium ses ofte og er en hyppig komplikasjon til kritisk sykdom. Det oppstår forstyrrede minner og vrangforestillinger. Dette er rapportert hos opptil 80% av intensivpasientene i en studie (Karnatovskaia, Johnson, Benzo og Gajic, 2015). Kandidatenes erfaring er at de kognitive endringene som oppstår, får konsekvenser for hvordan informasjon mottas og bearbeides hos intensivpasientene. Det kan være vanskelig å forstå informasjonen som gis. Beskjeder og avtaler kan glemmes. Dette vil kunne innvirke hvordan *intensivpasientens opplevelse av oppfølging* er.

### 2.1.3 Fysiske endringer

Tap av muskelmasse og redusert fysisk styrke påvirker intensivpasientens fysiske funksjon. Ved uttalt redusert muskelsvakhet blir hverdagen vanskeligere. Intensivpasientene blir avhengig av andre (Kress & Hall, 2014). Studier viser at redusert fysisk styrke, og utholdenhet etter intensivopphold har en hyppig forekomst. Mange opplever smerter og blir fort slitne. (Fonsmark & Rosendahl-Nielsen, 2015; Thurston, Milnes, Hodgson., Berovic, Ayton, Iwashyna & Orford, 2020). Respiratorbehandling påvirker diafragma negativt og det kan oppstå atrofier i respirasjonsmuskulene (Jones, 2014). De fysiske endringene gjør at dagliglivet blir utfordrende. Mange blir avhengige av pårørende og helsepersonell i lang tid (Thurston et al., 2020). Det kan bidra til at intensivpasientene opplever oppfølging som utfordrende og krevende, og til tider ikke positivt.

## 2.2 Livskvalitet

Intensivpasienter har en signifikant lavere helserelatert livskvalitet ett år etter utskrivelse enn det de hadde før innleggelsen (Myhren, Ekeberg, & Stokland, 2010). De fysiske, kognitive og psykologiske endringene som oppstår hos intensivpasienten etter intensivopphold, kan ha negativ innvirkning på deres livskvalitet og deltagelse i rehabilitering (Kowalczyk, Nestorowicz, Fijalkowska, & Kwiatosz-Muc, 2013; Jones, 2014). Det tar lang tid å komme seg etter sykehusoppholdet. Det er et problem for intensivpasientene og deres pårørende, spesielt ektefeller (Kowalczyk et al., 2013). Intensivpasientene som har vanskelige minner, rapporterer at de har redusert livskvalitet ved tre måneders oppfølgingsamtale (Chahraoui et al., 2015). En systematisk oversikt evaluerte livskvaliteten 12 måneder etter utskrivning fra intensivavdeling. Den avdekket at livskvaliteten var i stor grad avhengig av diagnose. Livskvalitet var lavere hos kritisk syke pasienter med ARDS, pasienter som hadde fått respiratorbehandling, pasienter med alvorlig traume, og pasienter med alvorlig sepsis. Livskvalitet ble bedre med årene (Oeyen, Vandijck, Benoit, Annemans & Decruyenaere, 2010). Kandidatene mener at redusert livskvalitet fører til at intensivpasientene kommer inn i en ond sirkel. Redusert mestring medfører sosial isolasjon, det reduserer evne til rehabilitering. Intensivpasientene får en følelse av at rehabilitering og oppfølging oppleves dårligere. Dette som følge av de fysiske, psykiske og mentale endringene som oppstår.

## 2.3 Oppfølging

Oppfølging er en effektiv måte å møte intensivpasientenes behov på. Oppfølging gir intensivpasientene mulighet til å bekrefte tanker og minner, intensivpasientene får uttrykke sine erfaringer og problemer. Den gir mulighet til at intensivpasientene henvises til andre helsetjenester om det er nødvendig, ved behov for hjelp (Egerod et al., 2013).

Oppfølgingsprogrammene har ulike tilnærminger. Intensivpasientene får en forståelse av situasjonen ved at fokuset rettes mot fortid, nåtid og fremtid. Forståelse av fortiden gir psykologisk bedring. Andre setter søkelys på situasjonen her og nå. En annen element benytter fysisk trening med tanke på fremtidige konsekvenser. De fleste programmer kombinerer alle disse elementene (Egerod et al., 2013).

Oppfølgingsprogrammene er ofte sykepleierledet eller tverrfaglig, og inneholder enten gjennomgang av dagboken som er skrevet under oppholdet, eller uten dagbokgjennomgang. Dagbok kan være med bilder av intensivpasienten (Egerod et al., 2013).

Oppfølgingsprogrammene er ofte delt i tre: Intensivsykepleier besøker intensivpasienten på moderpost etter utskrivelse fra intensivavdelingen. Intensivpasienten oppfordres til å ta kontakt med intensivsykepleier, når de blir skrevet ut fra sykehuset og eventuelt hvis de har spørsmål. Deretter er det tre måneders oppfølgingssamtale etter utskrivelsen. Til slutt er det gjennomgang av dagboken. Gjennomgangen gjøres når pasientene føler seg klare for det sammen med intensivsykepleier. Dersom intensivpasienten ønsker det, kan lege eller fysioterapeut være til stede. Intensivpasientene tilbys en telefonsamtale etter 6-12 måneder (Egerod et al. 2013). Dette er den vanligste formen for oppfølging i Skandinavia (Radigan & Kathryn, 2018). De formelle oppfølgingssamtalene finner sted på intensivavdelingene sammen med intensivpasientene og eventuelt pårørende, minst to til tre måneder etter utskrivning. Dagbokgjennomgang og oppfølgingssamtaler er nyttige verktøy for å bearbeide intensivpasientens opplevelser (Svellingen, 2013).

Kandidatene erfarer at oppfølgingstilbudet praktiseres ulikt i norske sykehus. Det er lite utarbeidet felles retningslinjer på tvers av helseforetakene, for hvordan denne pasientgruppen bør følges opp. Det virker til å være opp til hver enkelt avdeling, men mange intervensjoner er felles og gjeldende. Primærstudiene som inkluderes i oppgaven setter søkelys på oppfølging. Kandidatene forsøkte ved en anledning å snevre inn artikkelsøket til kun å gjelde



oppfølgingssamtale, men fikk da få treff. Datasamlingen ble begrenset. Vi valgte derfor å fortsette med oppfølging. Alle inkluderte primærstudier inneholder oppfølgingssamtaler etter intensivopphold.

## 2.4 Salutogenese

Salutogenese er en teori som har som formål å fremme god helse ved å øke mestringen. Motsatsen til salutogenesen er patologien som vektlegger å finne årsaken til sykdom. Salutogenese setter søkelys på pasientens mestringsressurser, og forsøker å unngå stressfaktorer som reduserer mestring (Antonovsky 2012, s.38-44). Intensivpasientenes stressfaktor kan ikke alltid fjernes, men kan bearbeides, ved hjelp av mestringsstrategier. Det er viktig å få en følelse av sammenheng for å kunne mestre situasjonen. Antonovsky (2012, s.41) definerer *Sense of coherence (SOC)* og opplevelse av sammenheng (OAS) slik:

*Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer det er verdt å engasjere seg i.*

Det er tre hovedtemaer som danner kjernekomponentene i OAS.

- Begripelighet
- Håndterbarhet
- Meningsfullhet

Begripelighet betyr i hvilken grad stimuli oppleves forståelig. Indre stimuli handler om følelser som sinne, angst og sorg. Ytre stimuli er hva vi utsettes for i ulike situasjoner. Når stimuliene kan settes inn i en forståelig sammenheng blir situasjonen lettere å forholde seg til (Antonovsky 2012, s.40). Håndterbarhet betyr i hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelig ressurser til rådighet til å kunne takle kravene man blir stilt overfor. Når man har en sterk opplevelse av håndterbarhet, føler man seg godt ivaretatt. Noen ganger er livet tøft. Når man håndterer utfordringene, og bearbeides erfaringene - gir det mestring (Antonovskys 2012,.40-41). Meningsfullhet betyr i hvilken grad man føler at livet er forståelig rent følelsesmessig. I tillegg har det betydning å selv få være involvert både i prosessen som former ens egen skjebne, og i sine egne daglige erfaringer (Antonovskys 2012, s.41).

Disse hovedtemaene har betydning for det å fremme gode mestringsstrategier ved kritisk sykdom (Antonovsky 2012, s.38-44).

Når man har en sterk OAS utløses triste følelser som frykt, smerte, sinne, skyld, sorg og bekymring. Dette motiverer til handling. Følelsene er fokuserte. Mestringsmekanismer utløses. Problemene ses med større klarhet. Man blir motivert for å håndtere stressende situasjoner. Man forstår situasjonen og har tilgjengelige ressurser. Problemene oppleves som begripelige og håndterbare (Antonovsky 2012, s.38-54).

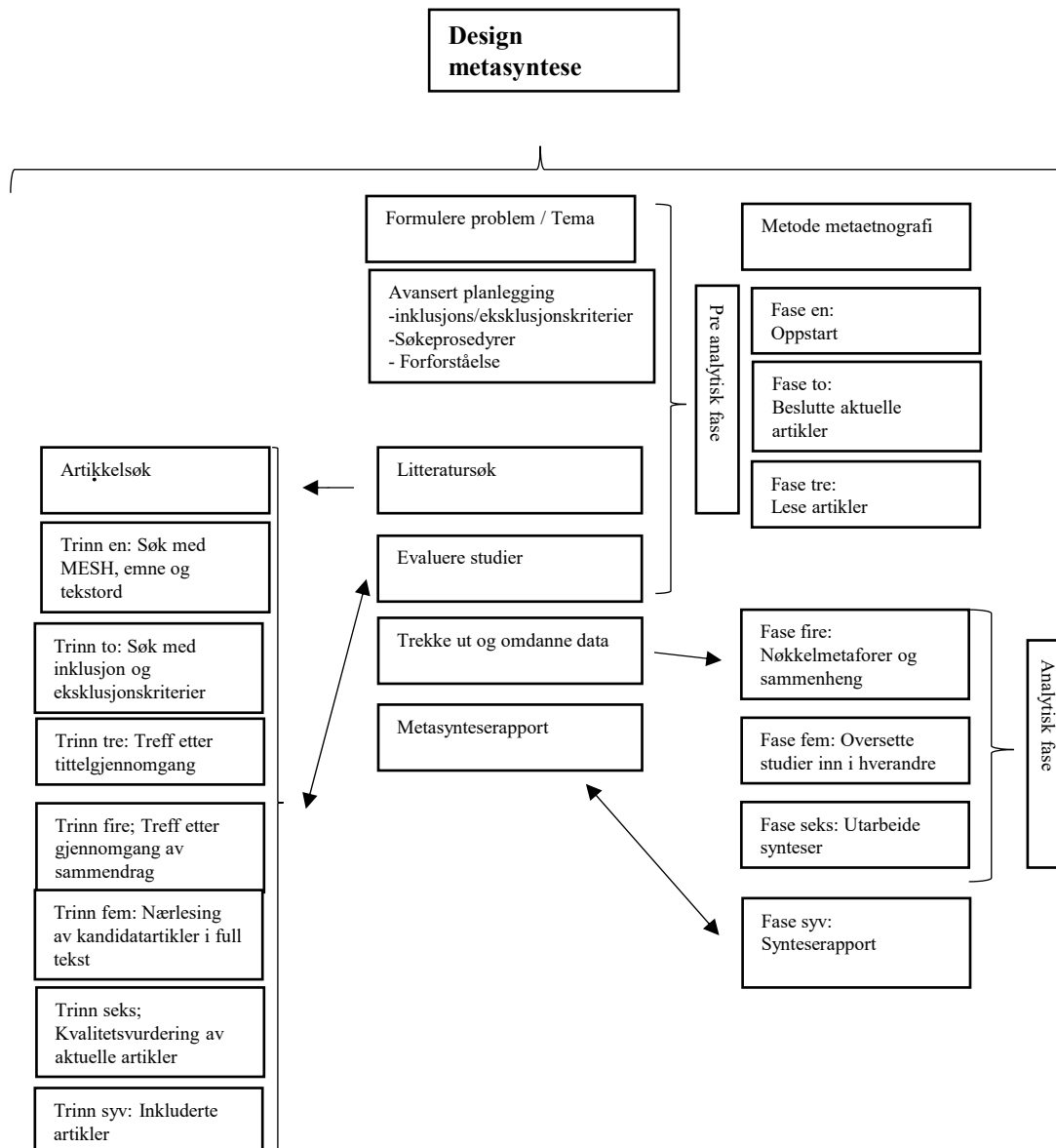
Når man har en svak OAS utløses angst, skam, fortvilelse, forlatthet og forvirring. Følelsene virker lammende og er diffuse. Dette utløser forsvarsmekanismer. Motivasjonen uteblir. Situasjonen blir uhåndterbar og man mister oversikten (Antonovsky 2012, s.38-54).

### **3.0 Design og metodevalg**

I dette kapitlet beskriver, begrunner og utdypes design og metode valget. For å visualisere prosessene ble det utarbeidet et flytskjema 3.1. Prosessene har en viss gjensidig påvirkning og avhengighet til hverandre. Teorien knyttet til prosessene virket til tider intellektuelt tungt tilgjengelig. Da kandidatene fikk plassert prosessene inn i flytskjema, ble det lettere å se hvordan ting fløt inn i hverandre og påvirket hverandre.

Flytskjema 3.1 illustrerer det overordnede designvalget metasyntesen. Den ligger som en paraply over artikkelsøkeprosessen og metodevalget metaetnografi. Pilene viser eksempelvis at litteratursøket i metasyntesen påvirkes gjensidig av artikkelsøkeprosessen. Den preanalytiske fasen i metaetnografimetoden påvirker og påvirkes av de fire første fasene i metasyntesen, og av artikkelsøkeprosessen. Den analytiske fasen i metaetnografien påvirkes av fase fem i metasyntesen – trekke ut og omdanne data. Fase syv i metasyntesen - synteserapporten, er ikke en del av analysefasen i metaetnografien, men baseres på funn og syntesene i metaetnografiens analysedel.

Flytskjema 3.1 slik kandidatene tolker prosessene rundt design, metode og artikkelsøk:



Systematiske oversikter oppsummerer evidensbasert forskning. Det finnes tre retninger innenfor designet. Meta-analyser oppsummerer kvantitativ forskning. Dette designet beregner og analyserer effekten av ulike intervensjoner. De fleste oppsummeringer som publiseres i Cochrane Collaboration baseres på disse. Det er ikke alltid statistikk og analyse er mest hensiktsmessig innen forskning (Pilot & Beck 2017, s. 647). Når kvalitative forskningsstudier oppsummeres på tvers, benevnes disse som metasynteser. Den senere tid er det utviklet systematiske review som innlemmer funn fra både kvantitative-, kvalitative-, og mixed metode studier. Noen av disse oppsummeringene publiseres i Cochrane Collaboration (Pilot & Beck 2017, s. 647- 648).

Terminologiene for hvordan kvalitative synteser dannes er mangfoldig og kompleks. Det er identifisert mer enn 20 ulike variasjoner for hvordan man oppsummerer kvalitativ forskning i en metasyntese. Kandidatene valgte å benytte metoden Metaetnografi da vi oppsummerte den kvalitative forskningen. Vi skulle belyse problemstillingen: *Hva er pasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*. Metaetnografi er en metode som er godt beskrevet og benyttes i stor grad innen sykepleieforskning. Kandidatene hadde et klart og tydelig mål om at intensivpasientens opplevelse skulle utdypes. Det ville være en stor utfordring, om ikke umulig, å skulle få godkjenning til å gjennomføre kvalitative intervju på et antall intensivpasienter. Kandidatene visste mange hadde gjennomført tilsvarende studier på temaet tidligere. Det ble derfor et naturlig valg å velge et design som oppsummerer kvalitativ forskning.

Enkelte hevder at en metasyntese kan ses på som en paraply - som et overordnet begrep. Designet kan beskrives som en familie av metodologiske tilnærminger for hvordan ny kunnskap utvikles, basert på streng analyse av eksisterende kvalitativ forskning (Pilot & Beck 2017, s. 659). Kandidatene opplevde designet spennende og krevende. Det gav oss flere mulige løsninger på hvordan oppsummeringen skulle utvikles. Prosessen motiverte. Vi følte vi var i en kreativ prosess og en del av noe større.

En metasyntese er ikke en litteraturstudie som samler og innhenter forskning. Det er lettere å beskrive hva en metasyntese ikke er, enn hva det er. Designet kan beskrives som at det er mer enn summen av enkeltheter. Formålet med metasyntesen er at funnene bringes sammen, brytes ned, utforskes og man oppdager essensielle trekk i funnene. Designet inneholder en form for transformasjonsprosess (Pilot & Beck, 2017, 659 – 660). Kandidatenes oppsummerte kunnskap som omhandlet *pasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*. Kandidatene mener dette er viktig kunnskap innen intensivsykepleie. Evidensbasert kunnskap gir råd om anbefalinger. Denne kunnskapen bør også inneholde pasientens perspektiv. Innen intensivmedisin står den naturvitenskaplige tankegang veldig sterkt. Det er lett at intensivpasientens opplevelse av situasjonen ikke kommer frem. Dette fordi akutte, alvorlige situasjoner går foran alt annet. Det er ikke dermed «hugget i stein», at det alltid skal være slik. Når intensivpasienten blir bedre og er i stand til å uttrykke behov og ønsker, eller er ferd med å overflyttes til annet omsorgsnivå – er det viktig at deres opplevelser bli hørt.

Joanna Briggs Institute i Australia driver fagutvikling innen forskning. Kvalitativ forskning innehar en subjektive natur. Det søkes opplevelser og erfaringer den enkelte har. Det stilles spørsmål om dette kan gjøres allmenngyldig i metasynteser. Enkelte er kritiske på bakgrunn av de ideologiske, filosofiske og metodiske særegenheter som karakteriserer den kvalitative forskertradisjonen. Enkelte hevder at kvalitative metasynteser er umulig og meningsløse. Andre mener syntesene kan gi nyttig kunnskap i helsefagene (Reinar & Jamtvedt 2010).

Kandidatene mener oppsummering av kvalitativ forskning er avgjørende innen vårt fagområde. Intensivsykepleiere jobber daglig med pasienter i en kritisk og vanskelig fase i livet. Pårørende er også preget av den alvorlige situasjonen deres nære befinner seg i. Intensivpasientens perspektiv bør avdekkes og gjøres allmenngyldig. Kandidatene oppdaget at temaene intensivpasientene var opptatt av, ofte var preget av de samme tingene. Til de som mener det er meningsløst å oppsummere kvalitativ forskning, er vi helt uenig i dette. Temaene kan gjøres felles og akseptert. Etter hvert som kandidatenes forskningsprosess skred frem, ble lettere å se sammenhengene mellom studiene.

### 3.1. Formulere forskningsspørsmål

Man starter metasyntesen med å formulere et problem, utarbeide et forskningsspørsmål, og man avdekker fenomenet som skal utforskes (Pilot & Beck, 2017, s. 660).

Forskningsspørsmålet er vanligvis formulert som et spørsmål og sier hva forskningen skal gi svar på. Det er problemstillingen som styrer valg av teori og forskningsmetode. I prinsippet styres forskningsspørsmålet av det å besvare spørsmålene hva og hvem (Johannessen et al., 2016, s. 54).

Forskningsspørsmålet kandidatene stilte er det samme som problemstillingen; *Hva er intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*. Dette er en kvalitativ problemstilling som besvarer både spørsmålet hva; opplevelse av oppfølging etter utskrivelse fra intensivavdeling og hvem; intensivpasienten. Det anbefales at problemstillingen kan justeres underveis etter hvert som kunnskapen omkring dataene gir grunnlag for å utvikle ny viten (Malterud 2017, s.176). Kandidatene har justert problemstillingen underveis. En kort

periode hadde vi *Hva er intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse fra sykehus*. Dette ble korrigert tilbake til opprinnelig problemstilling; *Hva er intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*. Vi ønsket å definere opplevelsen til å gjelde etter utskrivelse fra intensivavdeling. Vi ønsket å kunne favne opplevelsen til intensivpasienten uavhengig av hvor opplevelsen fant sted.

Metasyntese som studiedesign er relevant med tanke på forskningsspørsmålet. Dataene som søkes skal gi innsikt i pasientens opplevelse og må derfor inneholde kvalitativ forskning, som gir denne innsikten. Ifølge Berg & Munthe-Kaas (2013) gir kvalitativ forskning verdifull innsikt i hvordan og hvorfor ting virker som de gjør. Forskingen brukes for å undersøke og beskrive erfaringer og opplevelser, slik de oppfattes og uttrykkes av individet.

## 3.2 Avansert planlegging

En viktig forutsetning for å lykkes med en metasyntese er at det gjennomføres en avansert planlegging. Det anbefales minimum to forskere for å gjennomføre studien (Pilot & Beck, 2017, s. 661). Dette samsvarer med hvordan kandidatene jobbet. Vi jobbet sammen to stykker og brukte lang tid på å planlegge alle trinnene i forskningen. Vi har ikke alltid jobbet med de samme oppgavene underveis. Vi jobbet alltid sammen, når utfordringene var store. Dette blant annet under oppstarten, og under utvelgelsesprosessen av hvilke studier som skulle innbefattes som primærstudier, under analysefasen i metaetnografien og under store deler av drøftingsdelen.

### 3.2.1 Klargjøre egen forforståelse

Malterud (2017, s.110) skriver at som forsker må man ta ansvaret for hva man ser ved å klargjøre for dette og vedkjenne egen forforståelse og se betydningen av denne. Når man oppsummerer forskning signaliserer man at det er mulig å finne svar på hva som finnes av forskning på et bestemt tema på et gitt tidspunkt (Malterud 2017, s.109). Vi som skriver denne oppgaven, er begge nyutdanna intensivsykepleiere. Vi er opptatt av pasientene og intensivfaget. Vår forforståelse og objektivitet påvirker den videre prosessen. Vi forsøker i oppgaven å klargjøre betraktninger og argumentere for våre synspunkter.

### *3.2.2 Søkeprosedyre*

Dataene som avdekkes skal være systematiske, allmenngyldige, tilgjengelig og relevant for forskningsspørsmålet (Johannessen et al. 2016, s. 25).

Et viktig element for å forebygge skjevheter i dataene, er å utarbeide en systematisk søkeprosedyre. Skjevheter i dataene, også kalt bias, kan føre til at resultatene ikke samsvarer med virkeligheten (Etikkom, 2010). I tillegg til dette anbefales det å ha omfattende tilleggssøk (Malterud, 2017, s. 177). Kandidatene gjennomgikk referanselister i relevante primærstudier. Vi søkte oversiktsartikler og om det fantes bøker skrevet av intensivpasienter om temaet. Ved oppstart og gjennomføring av søket, søkte vi bistand fra erfaren bibliotekar, som anbefalt (Malterud, 2017, s. 177). Det anbefales å utarbeide tabell for søkehistorikk (Helsebiblioteket 2019). Dette ble gjort. Se artikkelsøkeprosessen.

Det anbefales at det utarbeides flytskjema som illustrerer forløpet fra startsøk til endelig utvalg av inkluderte studier (Malterud, 2017, s. 178). Dette ble utarbeidet underveis i søkeprosessen og utdypes i kapittel 4. Se flytskjema side 34.

### *3.2.3 Foreløpige inklusjon- og eksklusjonskriterier*

Eksklusjonskriterier er å spesifisere egenskaper som målgruppen har eller ikke har (Polit & Beck, 2018, s.403).

### *3.2.4 Kvalitativ design:*

Kvalitativt design har en fenomenologisk tilnærming, som betyr å utforske og beskrive menneskers erfaringer og forståelse av et fenomen. Metoden benyttes for å beskrive verden slik mennesker oppfatter den (Johannessen et al., 2016, s.78). Primærstudiene som ble inkludert i studien skulle ha en fenomenologisk tilnærming. De skulle ikke ha en blandet tilnærming av kvalitative- og kvantitative data.. Vi søkte holdninger, opplevelser og tiltak som enten var til nytte eller besvær. Hva opplevde pasientene bidrar i positiv retning, hvem er viktige støttespillere og hva bedrer deres livssituasjon. Kvantitative- og mixed studier ble ekskludert, fordi de ikke har denne tilnærmingen.



### *3.2.4 Strategisk utvelgelse:*

Det å ha en strategisk utvelgelse, betyr at forskeren har bestemt seg for hvilken målgruppe som må delta for å få samlet tilstrekkelig data om fenomenet som forskes på. Når man videre velger ut personer fra målgruppen, kan dette gjøres på flere måter, men en måte er å velge er såkalt hensiktsmessighet (Johannessen et al., 2016 s.117).

Vår målgruppe var overlevende voksne pasienter fra og med 18 år og oppover, som har vært innlagt på intensivavdeling i minst 48 timer, uavhengig av diagnose og type behandling. Innenfor målgruppen var det hensiktsmessig å velge studier hvor pasientene fikk en eller annen form for oppfølging fra intensivavdelingen etter utskrivelse. Studiene vi valgte måtte derfor både ha en strategisk utvelgelse av målgruppen og være pasienter det er hensiktsmessig å velge. Vi ekskluderte studier med barn, og studier med pårørendeperspektiv. Det vil si studie med pårørende deltakelse under intervjuene, eller de med en kombinasjon av pårørende og intensivpasienter. Dette ble gjort for å snevre inn målgruppen, og pårørendedeltakelse under intervjuene kunne påvirke pasientenes mening og svar som ble gitt.

### *3.2.5 Tidsperiode for publisering av studier:*

Polit og Beck (2012, s.662) hevder det er viktig å tenke bredt og være fleksible når søkene gjennomføres. Dette for å identifisere all forskning relatert til temaet. Tidsperioden ble derfor satt fra 2009 og frem til dags dato. Kriteriet ble senere forandret i artikkelsøkeprosessen og ble satt til 2010. Årsaken til dette var at vi fikk mange treff etter 2010.

### *Språk og geografiskområde:*

Studier fra Skandinavia, Europa, Australia, USA inkluderes, med bakgrunn i forholdsvis like kulturelle bakgrunner. Engelsk og skandinaviskspråklige artikler inkluderes. Studier med andre språk ble ekskludert, fordi det ville blitt en språklig utfordring med oversettelser.

### *Type oppfølging:*

Oppfølging etter opphold på intensivavdelinger varierer mye. Alt fra telefonsamtaler, til samtaler i intensivavdeling. Samtaler knyttet til dagbøker, eller oppfølging i poliklinikker (Stubberud et al., 2020, s.230). Enkelte sykehus har ingen oppfølging. Kandidatene valgte å søke litteratur som omhandlet oppfølging av intensivpasienten etter utskrivelse fra intensivavdeling.

### *Fagfelle vurdering:*

Fagfelle vurderte studier rangerer høyere enn de som ikke er det. Når en studie er fagfelle vurdert betyr det at styrker og svakheter i studien er kritisk vurdert av fagpersoner innenfor det spesifikke fagfeltet (Polit & Beck 2017, s.101). Studiene som ble inkludert i oppgaven skulle være fagfelle vurdert – man setter større lit til disse studiene. Studiene som ikke var fagfelle vurdert ble ekskludert.

### *Svak metodisk kvalitet:*

Det anbefales at studiene som inkluderes har et rikt datamateriale, som betyr at de har høy kvalitet og leverer data på flere temaer. Johannessen et al. (2016, s.108). Hver enkelt relevant primærstudie ble lest av begge kandidatene. I tillegg ble det gjennomført kvalitetsvurdering av hver aktuell primærstudie. Kvalitetsvurderingsskjemaet var utarbeidet av Helsebiblioteket (2017). Dette utdypes videre i kapittel fire. Se tabell 4.13.

### *Etikk*

Alle inkluderte primærstudier skal være godkjent i etiske komiteer og, eller være etisk vurdert av aktuelle institusjoner. Primærstudiene skal inneholde informasjon om etisk vurderinger som er foretatt i forhold til intervjuene. Dette er en del av sjekklistens kvalitetsvurdering.

Det bør i tillegg fremkomme informasjon om forskningsetikklovens med krav til samtykke. § 4-13 (2017) regulerer dette. Det skal foreligge informasjon om krav til samtykke fra informantene i primærstudiene som inkluderes. Det skal være opplyst om at samtykkene kan trekkes tilbake når som helst. Primærstudiene må beskrive samtykkeprosessen. Sjekklistens kvalitetsvurdering ivaretar dette.

Et annet viktig tema når forskning oppsummeres er at opprinnelig data fortolkes riktig. Med det menes å akseptere forskerens opprinnelige tolkninger som utgangspunkt for nye fortolkninger. Dataene skal ikke manipuleres. Det skal vises respekt og varsomhet for deltakerne og forfatterne av primstudiene (Malterud, 2017 s.135 –138).

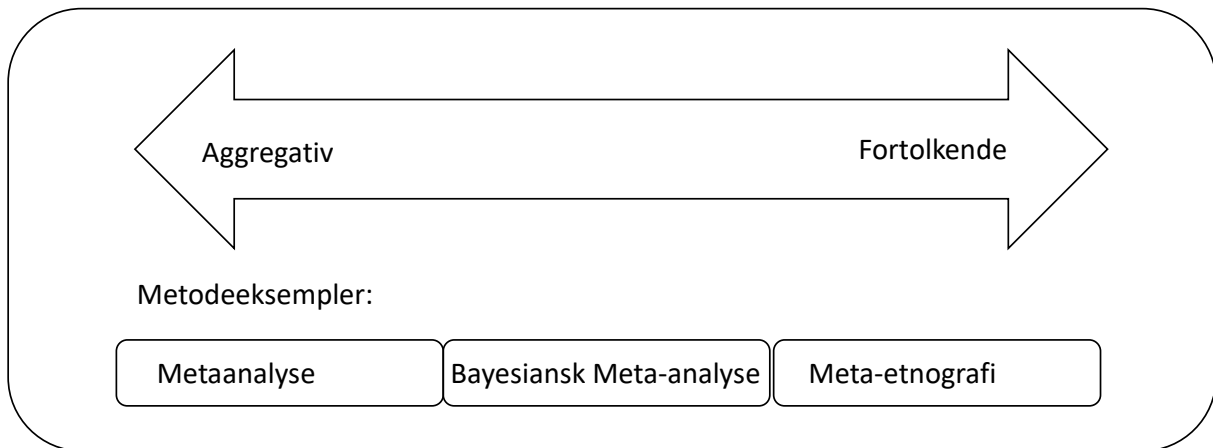
### 3.3 Metaetnografi

Metaetnografi er en syv trinns metode for å sammenstille eller syntetisere kvalitative studier i systematiske oversikter (Malterud, 2017 s.175). Metoden setter søkelys på det å konstruere tolkninger og mindre på å analysere. De første tre fasene er preanalytiske. Disse består av; avdekke fenomenet som skal forskes på, bestemme hvilke studier som skal inkluderes, lese og lese mer hver enkelt studie. Den siste fasen er selve skriveprosessen. Fase fire til og med seks omhandler selve analysen og sammenstilling av dataene (Pilot & Beck, 2017 s. 663).

Det var Noblit og Hare som utviklet metoden. Kompleksiteten og oppfatningen av essensen i forskningen, kan avdekkes gjennom bruk av metaetnografi. Man kan skape nye transformasjoner og samtidig ivareta sammenhengene mellom studiene gjennom metaforisk reduksjon (Noblit og Hare, 1988 s.37). Kandidatenes forståelse av dette er at metaetnografi brukes til å føye sammen kvalitative data i kvalitative metasynteser. Kompleksiteten og kjernen i dataene beholdes, samtidig som ny, omdannet kunnskap skapes. Dataene blir redusert, men sammenhengen mellom studiene ivaretas ved hjelp av metaforer. Man gjør kunnskapen mer allmenngyldig og generell. Denne metaforiske reduksjonen skjer i metaetnografiens analysefasen, fase 4 -6. Kandidatene leste alle inkluderte primærstudiene, utarbeidet tabeller, og noterte temaer og undertemaer i hver enkelt primærstudie. Se beskrivelse av dette i kapittel 5.

Metoden har en fortolkende tilnærming til hvordan forskningen sammenstilles. Motsatsen til fortolkende tilnærming er en såkalt aggregerende tilnærming. Denne benyttes ofte i metaanalyser og oppsummering av kvantitative forskning. Mixstudier hvor kvalitative studier supplerer kvantitative studier benyttes ofte Bayesiansk meta-analyse (Berg & Munthe-Kaas, 2013).

Når oppsummering av forskning gjøres, kan metodevalget illustreres på følgende måte (Berg, Munthe-Kaas 2013).



Metoden metaetnografi anbefales til å sammenstille kvalitative data. Metoden er tillegg ledene innen sykepleieforskning (Polit & Beck, 2017 s.647). Kandidatene hadde ingen tidligere forskererfaring. Vi hadde derfor behov for at metoden vi valgte var godt beskrevet. I tillegg var vi opptatt av pasientperspektivet og sykepleiefaget. Vi skulle oppsummere *intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse* – og lage synteser av dette. Dette er kvalitativ forskning, og metoden måtte ha en fortolkende tilnærming. På bakgrunn av dette ble metodevalget metaetnografi.

### 3.1.1 Fase en – Oppstart

Identifisere en mulig problemstilling hvor kvalitativ tilnærming er det foretrukne metodevalget. Man stiller i denne fasen både spørsmålene hvordan og hvorfor. I tillegg bør forskeren stille spørsmålet; Hvordan kan jeg tilkjennegi min intellektuelle interesse ved å undersøke et antall studier? Fenomenet som undersøkes må være av interesse for forfatteren (Noblit & Hare 1988, s.26-27).

Johannessen, et al. (2016, s.107) beskriver fasen mer konkret. Fasen består i å formuleres problemstillingen, bestemme søkestrategien med inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Testsøk gjennomføres. Kandidatene tok utgangspunktet i begge teoretiske fremstillingene, men det var enklere å forholde seg til konkrete gjøremål i oppstartsfasen.

### *3.1.2 Fase to – Beslutte aktuelle artikler*

Det bør tas hensyn til publikumet som syntesen lages for. Studiene som inkluderes må være troverdige og interessante (Noblit & Hare, 1988 s.27). Denne fasen benyttet kandidatene i hovedsak teorien som er knyttet til artikkelsøk. Dette utdypes under artikkelsøkeprosessen.

### *3.1.3 Fase tre – Lese artikler*

Det anbefales å lese studiene flere ganger. Man går i synteseforskning raskt over til å analysere særegenhetene i hver enkelt studie (Noblit & Hare, 1988 s.27-28). Kandidatene synliggjør denne prosessen i kapittel 5 som blant annet tar for seg nøkkelmetaforer og hovedtemaer, men studiene ble lest flere ganger under hele prosessen.

### *3.1.4 Fase fire – Avdekke nøkkelmetaforer og finner sammenheng*

Denne fasen består i å lage lister over nøkkelmetaforer, setninger, ideer eller begreper. I tillegg finner man relasjonen mellom artiklene. Noblit og Hare (1988) brukte ordet nøkkelmetaforer som referanser til temaene, perspektivene og konseptene i primærstudiene (Noblit & Hare, 1988 s.28; Pilot & Beck, 2017 s.663).

Johannessen, et al. (2016, s.108-109) anbefaler å starte fasen med en primærstudie med rikt datamaterialet. Deretter lage en tabell hvor temaer, kategorier og begreper plasseres. Til slutt diskuteres det hvordan artiklene er knyttet sammen.

Kandidatene opprettet tabeller slik anbefalingen var. Artiklene ble kvalitetssjekket og gjennomlest flere ganger. Artiklene hadde høy kvalitet og mye datamateriale, fordi kandidatene hadde utført en grundig jobb under artikkelsøkeprosessen. Hvordan nøkkelmetaforene og sammenhengene mellom studiene ble funnet beskrives i analysedelen i kapitel fem.

### *3.1.5 Fase fem – Oversette artiklene inn i hverandre*

Denne fasen består i å sammenstille studiene inn i hverandre. Det er viktig å beskytte det spesielle i hver studie og respektere helheten, samtidig som dataene oversettes i hverandre. Man forsøker å utforske og forklare likheter og se sammenhenger (Polit & Beck, 2017 s.663). Målet med sammenstillingen er å danne et helhetsbilde av fenomenet det forskes på (Johannessen et al., 2016 s.10).

Den mest vanlige måten å sammenstille studiene på, er å velge studiene som utforsker de samme fenomenene. Denne sammenstillingen er en såkalt resiprokal sammenstilling. Etnografier kan være beslektet til hverandre på fire måter; De kan omhandle forskjellige ting, eller de kan omhandle omtrent det samme. De kan motbevise hverandre eller de kan bygge en «Line of arguments» Noblit & Hare (1988, s.38). Artiklene kandidatene inkluderte i metasynthesen, handlet om det samme temaet. Sammenstillingen ble derfor kategorisert som en resiprokal sammenstilling. Ordet resiprokal er opprinnelig latinsk og er et uttrykk for gjensidighet (Store norske leksikon, 2020)

Studiene kan sorteres kronologisk, eller etter betydning. Deretter sammenlignes temaer og begreper. Til slutt lages en syntese av dette. Enkelte gjennomfører trinn fire og fem parallelt (Johannessen, et,al., 2016 s.109 -110). Dette utdypes i analysedelen i kapitel fem.

### *3.1.6 Fase seks - utarbeide synteser*

I denne fasen skapes nye bilder og det lages en helhet. Forskeren forsøker å lage generelle tolkninger av resultatene fra studiene (Polit & Beck, 2017 s.663). Utfordringen er å bygge opp nye synteser basert på de individuelle fremkommende dataene. En syntese er en prosess hvor en setter sammen enkeltheter eller som her data, gransker dette og ny erkjennelse dannes (Johannessen et al., 2016 s.110; Polit & Beck, 2017 s.663).

Man må som forsker være klar over at når man har et stort antall studier kan dette resulterer i en mengde oversettelser og man kan skape konkurrerende synteser. Flere mulige synteser kan skapes når datamengden er stor (Noblit & Hare, 1988 s.28).

### 3.2 Fase syv – metasynteserapport

Noblit & Hare kaller denne fasen for «Expressing the Synthesis». Den vanligst formen å uttrykke syntesene på er å gjøre dette skriftlig. Noblit & Hare åpner imidlertid for å gjøre dette på mange forskjellige måter. Dette avhenger av hvem som skal lese synteseappen og må tilpasses leseren. Hvilken form som velges, innebærer en viss vurdering av leseren (Noblit & Hare, 1988 s.29).

Rapporten bør inneholde detaljerte beskrivelser av utvalgsmetoden, søkeprosessen og metoden. Integritet, styrker og svakheter i forskningen bør komme frem. Inkluderte studier må beskrives. Nøkkelegenskaper blir ofte summert inn i tabeller (Pilot & Beck, 2017 s.665).

Kandidatene valgte å formidle metasyntesen slik at den dekket kravet til masteroppgaven (Masterhåndboken 2019).

## 4 Litteratursøk

Litteratursøking er grunnsteinen i kunnskapsoppsummering. Et godt utført litteratursøk identifiserer systematiske oversikter og primærstudier som samsvarer med inklusjonskriteriene, og eksklusjonskriterier (Methley, Campbell, Chew-Graham, McNally & Cheraghi-Sohi, 2014).

Litteratursøking er en tidkrevende prosess. Kandidatene benyttet elektronisk litteratursøking. Prosessen pågikk fra januar til og med mars 2020. Bibliotekarer er en sentral ressurs i dette arbeidet (Dalland, 2017 s.150). Søkestrategien ble utarbeidet i samarbeid med universitetsbibliotekar, hvor databaser og nøkkelord ble valgt. Slik Malterud (2017, s.51) anbefaler.

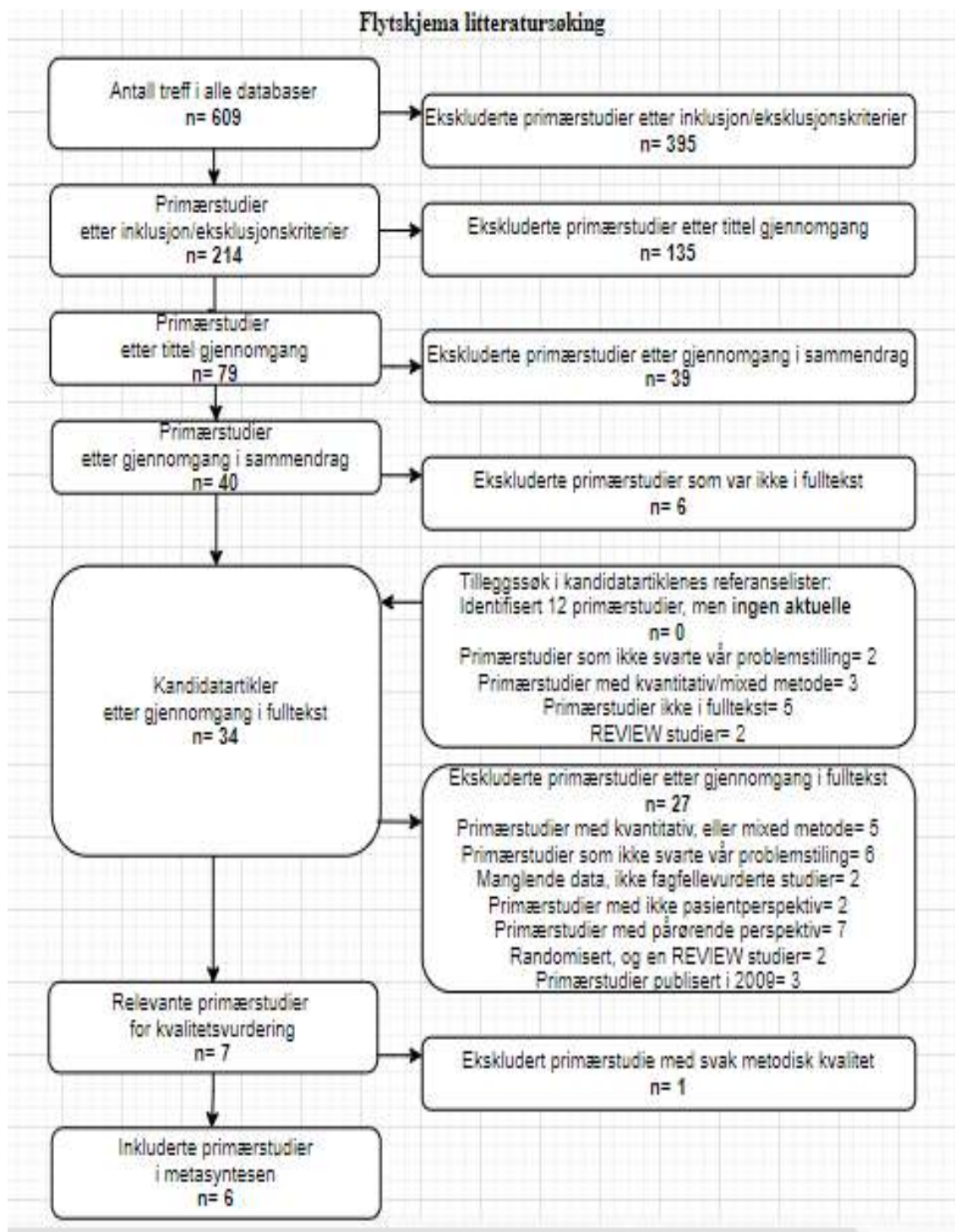
I følge Malterud (2017a, s.17) behøver en ikke å starte fra null når en systematisk oversikt lages. Vitenskapelig arbeid skal bygge videre på kunnskapsgrunnlaget som allerede finnes. I dette arbeidet skal det tas utgangspunkt i identifikasjon og kritiskvurdering av primærstudier som allerede er publisert i internasjonale, fagfelleverderte tidsskrifter (Malterud, 2017a s.25).

Kandidatene fulgte de syv søketrinnene i systematisk litteratursøking for primærstudier. Denne anbefales både i håndbok for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Nylenna, 2015), og av Malterud (2017 s.56). Denne prosessen benyttes for å unngå feil og skjevheter i søkeprosessen.

Hoved trinnene i søkeprosessen er først å identifisere primærstudier ved å søke i ulike databaser, søke etter pågående primærstudier, grålitteratur, og utføre tilleggssøk (Trinn 1). Neste hoved trinn er å velge ut, såkalt screene, primærstudier ved å anvende inklusjon og eksklusjons- kriterier. Screening starter først etter tittel. Deretter screening etter sammendrag, og man velger artikler i fulltekst. Relevante studier etter screening danne grunnlaget for det som heter kandidatartikler, som er trinn 5, ifølge Malterud (2017, s.57). Siste hoved trinn, trinn 6, er kvalitetsvurdering eller kritiskvurdering av aktuelle primærstudier. Resultatene i de forskjellige trinnene i søkeprosessen beskrives i flytskjema 4.1 neste side.



## 4.1 Flytskjema litteratursøk



## 4.2 Forberede søkeprosessen

I den systematiske litteraturgjennomgangen var målet å identifisere studier med intensivpasientens opplevelser av oppfølging. Prosessen startet med et forarbeid som innbefattet planlegging, og dypløsing om temaet. Dette for å få mer kunnskap og for å finne søkeord. Søkeordene var enten emneord, MESH-ord, eller tekstord.

MeSH (Medical Subject Headings) eller emneord gir en konsekvent måte å hente informasjon på (Polit & Beck, 2018 s.95). I databasene omtaler MESH som HM. Fordelen med MESH er at man slipper å tenke på synonymer og ulike staveformer ved søking. Ved å bruke et relevante engelsk begrep, hjelper databasene å finne riktig emneord. I databaser som MEDLINE og CINAHL er det lurt å bruke faste emneord ved søking (Helsebiblioteket, 2016). I databasen Cochrane Library fant kandidatene aktuelle MESH-ord.

Problemstillingen ble deretter strukturert og delt ved å plassere MESH-ordene i PICO-skjema. PICO er forkortelsen for Populasjon, Intervensjon, kontroll og utfall. PICO-skjema er et rammeverk som legger grunnlaget for litteratursøking (Pilot & Beck 2018, s.29-30). Methley et al. (2014) anbefaler bruk av PICO-skjema for et fullstendig søk.

Det anbefales at søkestrategien foregår i flere trinn for å ikke miste aktuelle primærstudier (Polit & Beck, 2017 kap.5; Polit & Beck, 2018 kap.7). Et pilotsøk med MESH-ord blir først utført for å bli kjent med litteratur som finnes i de forskjellige databasene. Bibliotekar anbefalte å bruke samme MESH-ord i alle databasene for å få riktig treff. Hoved MESH-ordene i kandidatenes søk var MH "Follow-up", MH "Critical patient", MH "After discharge", MH "Experiences", og MH "support".

Kandidatene identifisere først publiserte og pågående systematiske oversikter som omhandlet problemstillingen. Dette for å unngå å gjennomføre en studie hvor problemstillingen allerede var gjort. Databasene The Campbell Collaboration, ProSPERO, PubMed og Cochrane Library ble benyttet i dette søket. Disse databasene inneholder påbegynte og ferdige systematiske oversikter. Søket ble utført ved å bruke hoved MESH-ordene, og ved å kombinere MESH-ordene for å identifisere flest mulig studier. Totalt ga søket 12 treff i de forskjellige databasene. Ingen av treffene handlet om pasientens opplevelse eller erfaring. Studiene

handlet blant annet om rehabiliteringsprogrammer og effekt av intensivoppfølging. Enkelte av studiene hadde sykepleieperspektivet. Søket gav ingen treff om problemstillingen.

### 4.3 Trinn en og to. Søk i databasene

Det ble søkt etter primærstudier i flere databaser. Innen sykepleieforskning benyttes ofte to databaser. CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), og MedLine (Medical Literature On-Line). Disse databasene har best dekning på kvalitative studier i helse og sykdom. CINAHL har mange studier gjennom EBSCOhost. Den har lett tilgang til andre relevante koblinger og referanser som er relatert til temaet en søker. Studiene i MEDLINE blir enten funnet gjennom MedLine (PubMed), helsebiblioteket/OVID, og MEDLINE EBSCO (Polit& Beck, 2017 s.92-95; Malterud, 2017 s.52)

Kandidatene søkte ett hoved MESH-ord om gangen. Deretter ble MESH-ordene kombinert ved å bruke Boolske operatorfunksjonen i databasene. Ved et ledd i PICO-skjema ble det brukt «OR» mellom hver MESHord for å utvide søket, og «AND» for å avgrense søket (Polit& Brck, 2017 s.99). Totaltreff i databasene var 450 studier. Etter avgrensningen med inklusjon- og eksklusjonskriteriene ble antall treff 148.

Kandidatene benyttet databasene SvedMED for å identifisere flest mulig skandinaviske artikler. Databasen inneholder skandinaviske artikler innen medisin og helse forskning. Danish National RESEARCH DATABASE inneholder danske forskninger. PUBMED er også brukt. PUBMED dekker medisin, sykepleie og helsefag. Søket ble utført på ulike måter i disse tre databasene. MESH-ord som ga høy grad av spesifitet for problemstillingen ble brukt som (MH "Follow-up", MH "Critical patient", MH "After discharge" og "PICS"). For å spesifisere søket mer ble det brukt MH "Qualitative study ", MH "Conversation", MH "Quality of life", men den ga irrelevante treff. Et nytt søk med de samme MESH-ordene i tekstform utført som "Follow-up critical patient after ICU discharge". Søket ga totalt 158 treff, dette avgrenset til 65 studier etter å anvende inklusjons og eksklusjonskriteriene.

I et nytt artikkelsøk ble det funnet en fersk publisert studie fra 2020 (Thurston 2020). Studien ble inkludert videre.

#### *4.3.1 Pågående primærstudier*

I et søk om pågående primærstudier i databasen WHO ICTRP fant vi ingen studie. Clinical Trials.gov ga 20 treff ved å søke på "ICU follow-up" eller "After ICU-discharge", men ingen aktuelle for vår problemstilling.

#### *4.3.2 Grålitteratur*

Grå litteratur kan være viktige data kilder. Dette er upubliserte og mindre lett tilgjengelige artikler eller forskningsrapporter (Polit & Beck, 2018 s.669). Grålitteratur er ikke indisert i databasene. Det er tidskrevende å søke etter slike artikler. Bibliografiske databaser gir ikke en fullstendig samling av forskning, heller ikke publiserte studier (Malterud, 2017 s.53).

Databasene NORA (Norwegian Open Research Archives), Folke helseinstituttet, og «Open grey system for Information litteratur in Europa» inneholder referanser til europeiske grå litteratur. Denne databasen ble benyttet, men ga ingen relevante treff.

#### *4.3.3 Praksiserfaring*

Intensivavdeling på Akershus Universitetssykehus (Ahus) har erfaring med postintensiv pasientoppfølging. En av intensivsykepleierne som har ansvar for pasientoppfølgingen, ble kontaktet for å få tips eller tilgang til litteratur om temaet. De hadde oppsummeringer og rapporter etter konsultasjonene. De hadde ingen egne, pågående eller publiserte studier. Kandidatene fikk tips om to relevante primærstudier. En av disse sto allerede i kandidatenes søkeresultat. Den andre var en kvantitativ studie.

#### *4.3.4 Tilleggssøk i referanselister*

Tilleggssøk foregår blant annet ved å gjennomgå de aktuelle primærstudienes referanselister. Dette er en søkestrategi som kalles for snøballsøking. Referanselistene sjekkes på alle primærstudiene (Malterud, 2017 s.60). Malterud hevder at det er umulig å lage effektive og gode eksklusjonskriterier uten å miste aktuelle primærstudier. Derfor er det viktig å gjennomføre tilleggssøk (2017, s.60).

Kandidatene gjennomgikk kandidatartiklenes referanselister ved å gjenta samme trinnene som ved screening for primærstudier. Se tabell 4.11 Tilleggssøk. Det ble identifisert totalt 12

studier. Alle studiene ble ekskludert i screeningsprosessen. Søket ga to REVIEW studier, fire studier som ikke kunne åpnes i skolens databaser, tre studier med kvantitative eller blandet metode. En studie ble ikke funnet i fulltekst. To studier svarte ikke problemstillingen vår. Kandidatene gjennomgikk deretter referanselistene i disse 12 studiene i tilleggssøket, men ingen aktuelle studier ble funnet. De fleste var for gamle i forhold til inklusjonskriteriene.

#### 4.3.5 Søkeprosessene i databasene

Flytskjemaet 4.2 illustrerer hele søkeprosessen for alle databasene samlet. Tabellene som kommer i de neste sidene, viser søkehistorikken for hver enkelt database.

Tabell 4. 2 Tabellen viser kontakten med bibliotekar

Post Intensiv Care Syndrom	
<u>Problemstilling:</u> «Hva er intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse?»	
<b>Spørsmål fra PICO-skjema</b>	Populasjon: Alle kritisk syke pasienter $\geq 18$ år, som behandlet på intensivavdeling i $\geq 48$ timer, uavhengig av diagnose. Intervensjon: Sykepleierledet oppfølging av intensivpasienter etter utskrivelse fra sykehus. Outcome: Livskvalitet.
<b>Kontaktdetaljer for gruppen</b>	
<b>Bibliotekar som utførte/veiledet søket</b>	Anders Meyn Jensen <a href="mailto:Amej@oslomet.no">Amej@oslomet.no</a> 31.januar.2020

Tabell 4.3 Søkeshistorikk i Cinahl

<b>Database</b>	<b>CINAHL</b>
<b>Dato for søk</b>	27/2.2020 OG 28/2.2020
<b>Søkehistorie</b>	<p>“intensive” OR “patient” OR “client” OR (MH “Critically Ill Patients”) OR (MH “Critical Illness”) -&gt; S6 (962,121 treff)</p> <p>(MH “Recovery”) OR (MH “After Care”) OR “follow-up” OR “followup” -&gt; S12 (262,705 treff)</p> <p>“support” OR (MH “Conversation”) -&gt; S15 (372,858 treff)</p> <p>S12 OG S15 -&gt; S16 (22,736 treff)</p> <p>(MH “Patient Discharge+”) OR “outreach” -&gt; S19 (36,029 treff)</p> <p>“experiences” OR “perspective” OR (MH “Perception+”) -&gt; S23 (269,880 treff)</p> <p>S6 AND S23 -&gt; S24 (60.872 treff)</p> <p>(MH “Intensive Care Units+”) -&gt; S25 (54,715 treff)</p> <p>S19 AND S25 -&gt; S26 (2,141 treff)</p> <p>S6 AND S16 AND S23 AND S26 -&gt; S27 (4 treff)</p> <p>S16 AND S24 AND S26 -&gt; S28 (4 treff)</p> <p>S16 AND S19 AND S24 -&gt; S29 (93 treff)</p> <p>S25 AND S29 -&gt; S30 (4 treff)</p> <p>S16 AND S24 -&gt; S31 (1,069 treff)</p> <p>S16 AND S24 -&gt; S32 (361 treff) etter kriterier (Age Groups: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, Aged, 80 and over; Published Date: 20090101-20191231; Geographic Subset: Australia &amp; New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK &amp; Ireland, USA; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish)</p> <p>S25 AND S32-&gt; S33 (12 treff)</p> <p>S7 AND S12 AND S23 -&gt; S34 (210 treff)</p> <p>S34 AND S35 Inklusjonskriterier (Age Groups: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, Aged, 80 and over; Published Date: 20090101-20191231; Geographic Subset: Australia &amp; New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK &amp; Ireland, USA; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish)-&gt; (68 treff)</p>
<b>Kommentar</b>	Søket ble gjentatt tre ganger ved å kombinere MESH-ordene på forskjellige måter, det ga ingen bedre resultat.
<b>Etter tittel gjennomgang</b>	20 studier
<b>Etter gjennomgang i sammendrag</b>	18 studier
<b>Kandidatartikler gjennom-lest i fulltekst</b>	13 studier
<b>Antall studier etter kvalitetsvurdering</b>	3 studier
<b>Resultat</b>	<b>Inkludert: 3 studier</b> <b>Ekskludert: 0 studie</b>

Tabell 4.4 Søkeshistorikk i MedLine / EBSCOhost

Database	MedLine (EBSCOhost)
Dato for søk	28/2.2020
Søkehistorie	(MH "Critical Illness") OR (MH "Critical Care+") OR "critically ill patient" -> S4 (79,893 treff) "experiences" OR (MH "Perception+") OR "perspective" -> S8 (793,761 treff) "follow-up" OR "followup" OR (MH "Aftercare+") OR "after discharge" OR "recovery" -> S14 (1,890,841 treff) (MH "Interview") OR "interview" OR "conversation" OR "support" -> S18 (1,198,161) S4 AND S8 AND S14 AND S18 -> S19 ( <b>107 treff</b> ) S19 AND S20 Inklusjonskriterier (Age Groups: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, Aged, 80 and over; Published Date: 20090101-20191231; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish)-> ( <b>47 treff</b> )
Kommentar:	
Etter tittel gjennomgang	16 studier
Etter gjennomgang i sammendrag	8 studier
Kandidatartikler gjennomlest i fullest	8 studier
Antall studie etter kvalitetsvurdering	5 artikler
Resultat	<b>Inkludert: 2 studier</b> <b>Ekskludert: 3 studier</b>

Tabell 4.5 Søkeshistorikk i MedLine / PubMed

Database	MedLine (PubMed)
Dato for søk	1/3.2020
Søkehistorie	(MH "Critical Illness") OR (MH "Critical Care+") OR (MH "Intensive care") OR ("critically ill patient") -> S5 (97,099 treff) "follow-up" OR "followup" OR (MH "Aftercare+") OR "after discharge" OR (MH "recovery") OR (MH "outreach") OR (MH "Consultation") -> S13 (607,855 treff) "Patient experiences"->S14 (6,291 treff) S5 AND S13 -> S15 ( <b>46 treff</b> ) S15 AND S16 Inklusjonskriterier (Age Groups: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, Aged, 80 and over; Published Date: 20090101-20191231; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish)-> ( <b>19 treff</b> )
Kommentar	Flere studier ekskludert grunnet gjentakelser og REVIEW.
Etter tittel gjennomgang	10 studier
Etter gjennomgang i sammendrag	1 studie
Resultat	<b>Ingen relevant studie. Ekskludert en studie.</b>



Tabell 4.6 Søkehistorikk i MedLine / helsebiblioteket/OVID

<b>Database</b>	<b>MedLine (helsebiblioteket/OVID)</b>
<b>Dato for søk</b>	5/3.2020
<b>Søkehistorie</b>	Samme søk som i CINAHL-> <b>(87treff)</b> Avgrenset med inklusjonskriterier-> <b>(14 treff)</b>
<b>Kommentar</b>	Flere REVIEW, gjentakelser, og noen artikler som var ikke pasientperspektiv
<b>Etter tittel gjennomgang</b>	9 studier
<b>Resultat</b>	<b>Ingen relevante studier. Ekskludert ni studier</b>

Tabell 4.7 Søkehistorikk i SveMed

<b>Database</b>	<b>SvedMed</b>
<b>Dato for søk</b>	8/3.2020
<b>Søkehistorie</b>	Søkeord: "follow-up" AND "critical patient" -> (29 treff) Avgrenser søket til siste 10 år -> <b>(29 treff)</b> Treff etter inklusjonskriterier (Pasientperspektiv, Alder 18+, kvalitativ studie, ikke oversiktsartikler)-> <b>(4 treff)</b>
<b>Kommentar</b>	Søket ble kombinert med andre MESHord, men den ga ikke resultat
<b>Etter tittel gjennomgang</b>	3 studier
<b>Etter gjennomgang i sammendrag</b>	3 studier
<b>Kandidatartikler gjennom -lest i fulltekst</b>	3 studier
<b>Resultat</b>	<b>Ingen relevant studie. Ekskludert tre studier</b>

Tabell 4.8 Søkehistorikk i Danish National Research Database

<b>Database</b>	<b>Danish National RESEARCH DATABASE</b>
<b>Dato for søk</b>	8/3.2020 OG 16/3.2020
<b>Søkehistorie</b>	«Follow-up critical patient after disarge» -> <b>19 treff</b> Treff etter inklusjonskriterier (Pasientperspektiv, Alder 18+, Siste 10år) -> <b>(19 treff)</b>
<b>Kommentar</b>	Søket gjort i flere kombinasjoner, men dette søket ga beste resultat.
<b>Etter tittel gjennomgang</b>	8 studier
<b>Etter gjennomgang i sammendrag</b>	3 studier
<b>Kandidatartikler gjennom -lest i fulltekst</b>	3 studier
<b>Resultat</b>	<b>Ingen relevant studie. Fire studier ekskludert</b>

Tabell 4.9 Søkehistorikk i Pubmed

<b>Database</b>	<b>PubMed</b>
<b>Dato for søk</b>	10/3.2020
<b>Søkehistorie</b>	«follow-up» AND «critical patient» AND «after discharge»-> (1265 treff) Avgrenset til siste 10 år-> (887 treff) søket ga (mange review, mange kvantitative studier, mange andre temaer), derfor avgrenser søket med vårt tema PICS -> (10 treff) <b>Ingen relevant artikkel grunnet 2 REVIEW artikler, og 8 artikler var ikke relevante for vår problemstilling, derfor dette søket telles ikke i flytskjema.</b>  <b><u>Et nytt søk med kombinerte MESHord som:</u></b> «ICU follow-up» AND « Patientexperiences» AND «Qualitative» -> <b>(110 treff)</b> Etter avgrensning med inklusjonskriterier (Pasientperspektiv, Alder 18+ ikke oversiktsartikler) -> <b>(42 treff)</b>
<b>Kommentar</b>	Søket gjort i flere kombinasjoner, men dette søket ga flest resultat
<b>Etter tittel gjennomgang</b>	12 studier
<b>Etter gjennomgang i sammendrag</b>	6 studier
<b>Kandidatartikler gjennomlest i fulltekst</b>	5 studier
<b>Antall studie etter kvalitetsvurdering</b>	1 studie
<b>Resultat</b>	<b>Inkludert: 1 studie. Ekskludert: Ingen studie</b>

Tabell 4.10 Søkehistorikk i OsloMet bibliotekets hjemmeside

<b>Database</b>	<b>OsloMet bibliotekets hjemmeside</b>
<b>Dato for søk</b>	16/3.2020
<b>Søkehistorie</b>	Ny publisert studie fra 2020. Den ble fant i liste for anbefalte litteraturer
<b>Kommentar</b>	Den studien ble fant i forbindelse med litteratursøking i skolens databaser
<b>Etter tittel gjennomgang</b>	1 studie
<b>Etter gjennomgang i sammendrag</b>	1 studie
<b>Kandidatartikler gjennomlest i fulltekst</b>	1 studie
<b>Antall studie etter kvalitetsvurdering</b>	<b>Inkludert: 1 studie Ekskludert: Ingen studie</b>

Tabell 4.11 Viser over tilleggssøk

<b>Tilleggssøk (Studier fra kandidatartiklenes referanselister)</b>	
<b>Søkehistorie</b>	En grundig gjennomgang i kandidatartiklenes referanselister
<b>Databaser/ Antall treff</b>	Cihnal: 5 studier, MedLine EBSCO: 3 studier, PubMed: 6 studier, Danish national Research: 2 studier-> Totalt: <b>(16 treff)</b>
<b>Etter tittel gjennomgang</b>	16 studier
<b>Etter gjennomgang i sammendrag</b>	4 studier Årsak til ekskludering av 12 studier: 2 REVIEW studie 4 studier kunne ikke åpnes i skolens databaser 3 kvantitative studier eller blandet metode 1 studie som kunne ikke finne den i fulltekst 2 studier som ikke svarte problemstillingen
<b>Kandidatartikler gjennom-lest i fulltekst</b>	2 studier
<b>Resultat</b>	<b>Ingen relevant studie. Ekskludert: 2 studier grunnet:</b> . En teoribasert studie, ikke fenomenologisk fra database Cihnal. . En studie fra 2009, fra databasen Danish National Research

#### 4.4 Trinn tre og fire. Grovsortering og screening

Først startet screeningen ved å anvende inklusjon og eksklusjonskriteriene, i andre trinn. Deretter fortsatte sorterings prosessen ved å gjennomgå tittel og sammendrag i trinn tre og fire. Dette er slik Nylenna anbefaler (2015).

Malterud (2017, s.58) hevder at i denne fasen kan søket inneholde studier som er langt fra problemstillingen, tross en grundig forberedt søkestrategi. Dette kalles forurensning. Dette trinnet frasorterer treff som representerer opplagt forurensning. Dubletter fjernes også. Dette er referanser som finnes i mer enn en database, etter at alle referanser er importert (Nylenna, 2015 s.32).

Sorteringsprosessen foregikk på en transparent måte. Kandidatene utarbeidet en tabell som inneholdt inklusjon- og eksklusjonskriteriene, for å gjøre det lettere. Arbeidet ble gjennomført parallelt og uavhengig i disse trinnene. Hver kandidat tok stilling til om studiene var relevante og om de oppfylte kriteriene. Deretter gikk kandidatene gjennom tittel og sammendraget. Studiens tittel vil sjelden alene være tilstrekkelig for å ta vurdering på relevans (Malterud, 2017s.57). Kandidatene gjennomførte deretter en samsvarsvurdering. Denne gav 79 treff etter tittel gjennomgang. Da sammendragene i studiene ble lest og vurdert

for relevans, ble resultatet 40 treff. 6 studier ble ekskludert fordi de manglet fulltekst. Resultatet ble 34 studier. Disse studiene kalles for kandidatartikler.

Studier som ble ekskludert hadde pårørende eller sykepleieperspektiv. Noen handlet om barn i alderen 0-19 år. Noen databaser definerte barn opp til 19, mens vi hadde definert inklusjonskriterie med alder fra 18+. Derfor fikk vi opp noen primærstudier som handlet om barn. Størst forurensning i screeningsfasen var treff på kvantitative studier, og studier som ikke hadde fulltekst.

Tabell 4.12 Presenterer alle de 34 kandidatartiklene i kronologisk rekkefølge, med nyeste studie først.

Tabell 4.12 Kandidatartikler

Første forfatter/År	Tittel	Database	Land	Datainnsamling	Deltakere
1. Thurston (2020)	<i>Defining patient-centered recovery after critical illness – A qualitative Study</i>	Ny publisert studie i OsloMet database	Australia	Semistrukturert intervju/ telefonsamtale	35 Intensivpasienter
2. Allum (2018)	<i>Meeting the needs of critical care patients after discharge home: a qualitative exploratory study of patient perspectives</i>	MedLine EBSCO	UK	Intervju/ telefonintervju	12 Intensivpasienter
3. Bäckman (2018)	<i>Group meetings after critical illness—Giving and receiving strength</i>	MedLine EBSCO	Sverige	Gruppemøte/ intervju	17 Intensivpasienter i gruppemøte, 11 intervjuet
4. Ewens (2018)	<i>Surviving ICU: Stories of recovery</i>	MedLine EBSCO	Australia	Fortolkende, Biografisk tilnærming	6 Intensivpasienter
5. Hanifa (2018)	<i>Picking up the pieces: Qualitative evaluation of follow-up consultations post intensive care admission</i>	Cinahl/PubMed MedLine EBSCO	Danmark	Konsultasjon	10 Intensivepasienter
6. Neldrup (2018)	<i>Intensive care survivors' experiences of recovery after hospitale discharge: A qualitative interview study</i>	Cihnal	Sverige	Intervju	12 Intensivpasienter
7. Njoku (2018)	<i>ICU survivors' perspective on the need for a post-ICU support program to improve psychosocial aspects of quality of life</i>	Cinahl	Australia	Semistrukturert intervju	19 Intensivepasienter

Tabell 4.12 Kandidatartikler

Første forfatter/År	Tittel	Database	Land	Datainnsamling	Deltakere
8. OGara (2018)	<i>Haemato-oncolcogy patients' perceptions of health-related quality of life after critical illness: A qualitative phenomenological study</i>	PubMed	UK	Dybdeintervju	9 Intensivpasienter
9. Åkerman (2018)	<i>The impact of follow-up visits and diaries on patient outcome after discharge from intensive care: A descriptive and explorative study</i>	MedLine EBSCO	Sverige	Beskrivende kohort design	441 Intensivpasienter
10. Olsen (2017)	<i>Evaluating the past to improve the future – A qualitative study of ICU patients' experiences</i>	Cihnal/PubMed	Norge	Intervju	29 Intensivpasienter
11. Åkerman (2017)	<i>SIR-seminarium for oppfølging av pasienter etter intensivvård</i>	SvedMed	Sverige	Et seminar rapport	
12. Jensen (2016)	<i>Towards a new orientation: a qualitative longitudinell study of an intensive care recovery program</i>	PubMed/ MedLine Ovid	Danmark	Konsultasjon/ telefonintervju	12 Intensivpasienter
13. Karlson (2016)	<i>After discharge home: a qualitative analysis of older ICU patients' experiences and care needs</i>	Cihnal	Sverige	Telefon intervju	15 Intensivpasienter
14. Stayt (2016)	<i>Making sense of it: intensive care patients' phenomenological accounts of story construction</i>	Cihnal	UK	Intervju	19 Intensivpasienter

Tabell 4.12 Kandidatartikler

Første forfatter/År	Tittel	Database	Land	Datainnsamling	Deltakere
15. Svenningse n (2016)	<i>Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricor's interpretation theory</i>	PubMed	Danmark	Konsultasjoner/ telefon intervju	325 Intensivpasienter
16. Warlan (2016)	<i>Detection of posttraumatic stress symptoms in patients after discharge from intensive car</i>	Cihnal	USA	Telefonintervju	41 Intensivpasienter
17. Chahraoui (2015)	<i>Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: a descriptive and qualitative study</i>	PubMed	Frankrike	Spørreskjema med lukket spørsmål/ intervju	20 Intensivpasienter
18. Czervwonka (2015)	<i>Changing support needs of survivors of complex critical illness and their family caregivers across the care continuum: a qualitative pilot study of Towards RECOVER</i>	MedLine EBSCO	Canada	Intervju/Pilotstudie	5 Intensivpasienter og 7 familie
19. Engstrøm (2015)	<i>Follow-up visit in an ICU: receiving a sense of coherence</i>	Cihnal PubMed	Sverige	Intervju	9 Intensivpasienter
20. Ahlberg (2015)	<i>Moving on in life after intensive care—partners' experience of group communication.</i>	Cihnal	Sverige	Gruppe samtale/ intervju	15 Intensivpasienter/ partnere
21. Haralsson (2015)	<i>The experiences of ICU patients during follow-up sessions – A qualitative study</i>	Cihnal/PubMed/ MedLine EBSCO	Sverige	Intervju	12 Intensivpasienter

Tabell 4.12 Kandidatartikler

Første forfatter/År	Tittel	Database	Land	Datainnsamling	Deltakere
22. Hinton (2015)	<i>Maternal critical care: what can we learn from patient experience? A qualitative study</i>	MedLine EBSCO	UK	Intervju	35 Intensivpasienter og 11 partnere
23. Palesjø (2015)	<i>Being in a critical illness-recovery process: a phenomenological hermeneutical study</i>	MedLine EBSCO	Sverige	Intervju	7 Intensivpasienter
24. Svenningsen (2015)	<i>Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review</i>	DNRD «Danish National Research Database»	Danmark	REVIEW	
25. Ramsay (2014)	<i>Intensive care survivors' experiences of ward based care: Meleis' theory of nursing transitions and role development among critical care outreach service</i>	MedLine-EBSCO/ PubMed	UK	Intervju	20 Intensivpasienter
26. Svellingen (2013)	<i>Follow-up conversation - a mandatory offer for the intensive care patient who received a diary?</i>	SvedMed	Norsk	Intervju	5 Intensivpasienter
27. Deacon (2012)	<i>Re-building life after ICU: a qualitative study of the patients' perspective</i>	Cihnal/ MedLine EBSCO	USA,UK Canada, Australia	Online spørre-skjema/ åpne-spørsmål	35 Intensivpasienter
28. Ågård (2012)	<i>Struggling for independence: a grounded theory study on convalescence of ICU survivors 12 months post ICU discharge</i>	DNRD/PubMed	Danmark	Longitudinell grounded theory/intervju	35 Intensivpasienter



Tabell 4.12 Kandidatartikler

Første forfatter/År	Tittel	Database	Land	Datainnsamling	Deltakere
29. Schandl (2011)	<i>Screening and treatment of problems after intensive care: a descriptive study of multidisciplinary follow-up</i>	DNRD	Sverige	Konsultasjon	61 Intensivpasienter
30. Rattray (2010)	<i>Patients' perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre study</i>	Cihnal	UK	Prospective, longitudinal studie	103 Intensivpasienter
31. Ringdal (2010)	<i>Memories and health-related quality of life after intensive care: a follow-up study</i>	Cihnal	Sverige	Longitudinell studie	153 Intensivpasienter
32. Pattison (2009)	<i>Exploring patients' experiences of a nurse-led follow-up service after critical care</i>	DNRD	UK	Intervju/spørreskjema	28 kreftsyke intensivpasienter
33. Prinjha (2009)	<i>What patients think about ICU follow-up services: a qualitative study</i>	Cihnal PubMed	UK	Intervju	34 Intensivpasienter
34. Storli (2009)	<i>The meaning of following-up in intensive care: patient perspective</i>	SveMed/Cinahl	Norge	Intervju	10 Intensivpasienter

## 4.5 Trinn fem - nærlesing av kandidatartikler

Kandidatartiklene besto av 34 studier i fulltekst. Det var et ønske å inkludere flest mulig relevante studier, men fortsatt var det en viss forurensing i kandidatartiklene. En ny relevansvurdering ble gjort ved å nærlese og diskutere studiene nøye mellom kandidatene. Dette i henhold til inklusjon- og eksklusjonskriteriene. Kandidatene valgte å nærlese alle studiene i fulltekst, for å ta riktig vurdering og ikke miste studier. Etter denne relevansvurderingen tilfredsstilte sju studier oppgavens kriterier og ble inkludert. 27 kandidatartikler ble ekskludert.

Kriteriet om tidsrom for publisering av studiene ble endret. Dette for å stramme kriteriene mer. Primærstudiene fra og med 2010 ble satt som ett inklusjonskriterie. Grunnen var at søket ga flere nyere studier. Kandidatene ønsket nyere kunnskap om fenomenet. Tre studier fra 2009 ble derfor ekskludert.

Seks studier svarte ikke oppgavens problemstilling. To studier hadde få referanser og begrenset data. Den ene var en seminarrapport. Den andre hadde ikke utfyllende data. Begge ble ekskludert.

En studie hadde sykepleieperspektiv. En hadde mye teori, men manglet pasientperspektivet. Disse ble ekskludert.

Fire studier med kvantitativ metode ble ekskludert. En oversiktstudie, en randomisert studie, og en studie med mixmetode ble også ekskludert. Vi var på utkikk etter kvalitative primærstudier. Flest forurensninger besto i at primærstudiene hadde pårørendeperspektivet. Totalt 7 studier. Det vil si studier som hadde pasient og pårørende deltakelse i intervjuene.

Kandidatene valgte å opprette en tabell for å holde oversikt over kandidatartiklene. Tabellen gav en oversiktlig fremstilling på vurderingene på de inkluderte kandidatartiklene. Vurderingene som ble gjort på de ekskluderte kandidatartikler ligger som vedlegg 1 i oppgaven. Vi synes det var viktig å presentere våre vurderinger både i forhold til de artiklene som ble inkludert og de som ble ekskludert. Se vedlegg 1 for vurdering av ekskluderte artikler.

#### 4.13 Tabell over vurdering av kandidatartiklene med inklusjon og eksklusjonskriterier

<b>Vurdering av kandidatartikler</b>	
Første forfatter/ År	Tittel Beskrivelse og vurdering av artikkel for inklusjon
1  Allum  (2028)	<p><b>“Meeting the needs of critical care patients after discharge home: a qualitative exploratory study of patient perspectives”</b></p> <p>En kvalitativ utforskende artikkel som belyser behov for kritisk omsorgsoppfølging. Klare inklusjons kriterier. Datasamling ved semistrukturert telefonintervju i 2016 av 12 tidligere intensivpasienter. Intervjuene transkribert og kodet. Fire temaer ble identifisert. Temaene har underkategorier. Mange direkte sitater kommet fram. Oversiktlig diskusjon og tematisert i figur. Studien er godkjent og rapportert i tråd med COREQ.</p> <p><b>Vurdering:</b> studien inkluderes</p>
2.  Bäckman  (2018)	<p><b>“Group meetings after critical illness—Giving and receiving strength “</b></p> <p>Studien beskriver pasientopplevelse av kritisk sykdom og gjenopprettingsperiode med andre tidligere intensivpasienter. Intensivpasienter som behandlet siste 3 – 18 mnd., over 18 år inkludert ved et opphold &gt; 96 timer på intensivavdeling. Svensktalende deltakere inkludert. Datasamling ved 4 gruppemøter, deltakerne skrev ned følelsene sine i en notisbok som ble sendt til forskerne innen 14 dager. To til tre måneder senere ble det gjennomført et semistrukturert intervju for å få ytterligere innsikt, men det var kun 11 av de 17 som deltok på intervjuet. Fasilitator var en intensivsykepleier. Identifisert 2 temaer. Fenomenologisk og hermeneutikk tilnærming. Det ble brukt kvalitativ induktiv innholdsanalyse. Sitater ble brukt for å øke troverdigheten ved å gi lesere mulighet til å evaluere intervjuene og kategoriene. Den sikret pålitelighet og bekreftet funnene ved å presentere funnene i form av et sammendrag til deltakerne. Godkjenning fra Regional etisk komité.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien inkluderes</p>
3  Ewens  (2018)	<p><b>“Surviving ICU: Stories of recovery”</b></p> <p>Studien viser at tidligere intensivpasienter mangler emosjonell og psykologiske støtte. Deltakere opplevde at støtte fra helsevesenet hadde ikke reddet dem. Den fører til økt bevissthet hos helsepersonellet for å forbedre støttetjenester bredere, basert på rammer som var passende for deltakerne. Datasamling omfatter dagbøker etter utskrivning, intervjuer og notater som ble foretatt i løpet av 2014-2015. Første intervju innen 6 uker etter utskrivning fra sykehus, 2. intervju foregikk etter 5 måneder. Klare inklusjon og eksklusjonskriterier. Datasamlingen beskrives nøye og oppleves som pålitelig og transparent. Dataene ble transkribert. Forfatterne skrev en rapport med deltakerne, fordypet av data og tok medlemskontroll for å sikre troverdighet. Fenomenologisk tilnærming. Funn formidlet til deltakerne for å etablere overførbarhet. Etisk godkjent.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien inkluderes</p>

#### 4.13 Tabell over vurdering av kandidatartiklene med inklusjon og eksklusjonskriterier

<b>Kvalitetsvurdering av relevante artikler</b>	
Første forfatter/ År	Tittel Beskrivelse og vurdering av artikkel for inklusjon
4 Neldrup (2018)	<p><b>“Intensive care survivors’ experiences of recovery after hospitale discharge: A qualitative interview study”</b></p> <p>Studien utforsket opplevelse av bedring hos 12 tidligere intensivpasienter etter utskrivelse. studien avdekket fire kategorier. Deltakerne beskriver misforhold mellom intensiv- og sengepostavdelinger, Det skapte frustrasjon hos deltakerne. Deltakerne ønsket mer informasjon om symptomer og problemer som kunne oppstå i restitusjonsfasen. Studien utført av 2 forskere, og intervjuene gjennomført av hver for seg på to forskjellige sykehus i Sverige. Det ble benyttet ustrukturerte intervjuer med enkle åpent spørsmål, slik at informantene kunne svare fritt. Intervjuene ble digitalt spilt inn og transkribert. Deltakerne fullførte intervju på ulike måter med e-post eller oppmøte. Ni av informantene hadde en slektning med seg, men fokus var på pasienten, og det er en av våre inklusjonskriterier. Innholdsanalyse ble brukt for å søke etter likheter og forskjeller. Analysen ble inspirert av Burnards fire trinns modell da var den modellen kjent for forskerne, og den har en strukturert måte å håndtere data på. De fikk skriftlig godkjenning av etisk komite ved Lund universitet i Sverige.</p> <p><b>Vurdering:</b> studien inkluderes.</p>
5 Olsen (2017)	<p><b>“Evaluating the past to improve the future – A qualitative study of ICU patients’ experiences”</b></p> <p>Hensikten i den studien var å undersøke tidligere intensivpasientens opplevelse av intensivopphold, restitusjonsperiode, kontinuiteten i omsorgen av erfaren intensivsykepleier, og hvor nyttig det var ved å bruk standardisert brosjyre. Studien er norsk, inkludert 29 intensivpasienter. Datasamling ved semistrukturert intervju som foretatt av tre intensivsykepleiere. Det var utført to intervjuer. Første gjennomført på sykehuset, og siste på telefon. 2 hovedtemaer og flere subtemaer beskrives. Oppholdet på intensiv beskrives som <i>å være på en virkelig, merkelig reise</i> – tema (1). Tema (2) <i>normalisere det unormale</i>. Dagbok og fotografier var viktig. Informasjonsbrosjyre ble høyt verdsatt. Studien oppfyller inklusjonskriterier, og beskriver mye pasientopplevelse. Fin diskusjonsdel.</p> <p><b>Vurdering:</b> studien inkluderes.</p>

#### 4.13 Tabell over vurdering av kandidatartiklene med inklusjon og eksklusjonskriterier

<b>Kvalitetsvurdering av relevante artikler</b>	
Første forfatter/ År	Tittel Beskrivelse og vurdering av artikkel for inklusjon
6 Engstrøm (2015)	<p><b>Follow-up visit in an ICU: receiving a sense of coherence</b></p> <p>En kvalitativ beskrivende studie om 9 intensivpasienters opplevelse av et oppfølgingsbesøk på en intensivavdeling. Oppfølgingen var sykepleierledet med pasient dagbok 3 måneder etter utskrivelse fra sykehus. Deltakerne behandlet minst 72 timer på intensivavdeling. Datasamling ved semistrukturert intervju to måneder etter oppfølgingstimen. Intervjuene utført enten telefonisk, hjemme eller på sykehus. Studien identifisert et tema og 5 kategorier. Temaet: <i>å motta en følelse av sammenheng ved oppfølging mellom forståelighet, håndterbarhet, og meningsfulhet</i>. Pårørende ble også invitert til å følge opp pasienten til intensivavdeling og for at de får også mulighet til å komme tilbake til intensivavdelingen etter at situasjonen er ikke lenger kritisk, men studien har pasientperspektiv, og intervjuene hatt søkelys på pasienten.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien inkluderes.</p>
7 Haraldsson (2015)	<p><b>“The experiences of ICU patients during follow-up sessions – A qualitative study”</b></p> <p>Studien handler om subjektive opplevelser om oppfølging av 12 deltakere etter intensivopphold på sykehus. En beskrivende kvalitativ metode i studien er velegnet for å besvare problemstillingen. Problemstillingen i studien sammenfaller med vårt forskningsspørsmål. Datainnsamling ved dagbok, og semistrukturert intervju på sykehus eller hjemme hos noen av deltakerne. Studien funnet to kategorier. (1) <i>finne et minnegap med informasjon</i>, og (2) <i>Evne til å komme videre</i>. Studien har underkategorier. Det er tatt en innholdsanalyse ifølge Graneheim &amp; Lundma's (2004), som er en møte å sammenligne dataene på systematisk. Studien har pasientperspektivet, og problemstillingen sammenfaller med oppgavens problemstilling.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien inkluderes.</p>

## 4.6 Trinn seks – kvalitetsvurdering

Da relevante studier i forhold til inklusjon- og eksklusjonskriteriene var klare, startet vurderingen av kvaliteten på studiene. Studiene benevnes som primærstudier. Dette trinnet er svært viktig (Johannessen et al., 2016 s.107).

Kvalitetsvurderingen hjelper oss til å vurdere i hvilken grad vi kan stole på primærstudienes innhold og resultat (Nylenna, 2015 s.38). Resultatene fra empiriske data i primærstudiene legges til grunn når analysen skal konstrueres i en metasyntese Malterud (2017, s.58-59). Resultatene i primærstudiene skal være fyldige, velbegrunnede, og tankevekkende. Det er viktig å ta stilling til hvilke styrker og svakheter som finnes (Johannessen et al., 2016 s.107). Det er dette som vurderes når man kvalitets eller kritisk vurderer primærstudier.

For å kvalitetssikre og kritisk vurdere vitenskapelige studier, anbefales det å benytte sjekklister til dette. Det finnes flere alternative sjekklister for vurderinger av kvalitative studier. Sjekklister har som funksjon i å trene leseren til å legge merke til metodiske detaljer (Malterud, 2017 s. 222). Det er utarbeidet egne sjekklister til å vurdere studier som skal benyttes i systematiske oversikter. Disse skal være mer omfattende og finnes iblant annet i metodeboken «Slik oppsummerer vi forskning» Helsebiblioteket (2015) (Nylenna, 2015).

Kandidatene benyttet den norske sjekklisten til Helsebiblioteket (2018). Dette for å unngå feiltolkninger ved en eventuell oversettelse fra engelsk. Kandidatene registrerte også at sjekklister som fantes på markedet var ganske identiske innen denne forskningssjangeren.

Totalt ble sju primærstudier vurdert. Kandidatene delte studiene mellom seg og benyttet sjekklister. Deretter gikk kandidatene gjennom vurderingene sammen. Til slutt ble det tatt en fellesvurdering på om primærstudiene skulle bli inkludert eller ekskludert.

Det presenteres i vedlegg 2.

Studiens kvalitetsvurdering presenteres ved å svare på alle spørsmålene fra sjekklisten, med vurdering for endelig inklusjon og eksklusjon.

#### *4.6.1 Sjekkliste til kvalitetsvurdering av primærstudier*

Sjekklisten er utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2011). Denne baseres på internasjonale verktøy for kritisk vurdering.

Sjekklisten inneholder 10 kontrollspørsmål. Den omfatter blant annet hensikt med studien, formulering av problemstilling i forhold til metodevalg, datasamling, refleksivitet, design og metode. Samt utvalg, teoretisk rammeverk, etiske forhold, analyse av metoden, funn, diskusjon og presentasjon.

Når man bruker sjekklister, skal denne hjelpe kandidatene i å finne ut om problemstillingen er formulert klart og tydelig. I tillegg avdekkes om primærstudiene sammenfaller med kandidatens forskningsspørsmål. Den skal også bidra til å avdekke om metoden er riktig for å besvare forskningsspørsmålet. Spørsmål som dekker vurderinger på hvorvidt resultatene er til å stole, vurderes opp mot utvalg, datasamling, metode og analysedelen. Disse aspektene vurderes ulikt. Sjekklister avhenger av design og metode. Det er derfor viktig å velge sjekklister som er tilpasset riktig type design og metode. I Resultatdelen vurderes det om funnene har kommet klart fram. Funnene skal vurderes for overførbarhet. En enkel eller en primærstudie vil sjelden danne grunnlaget til å forandre praksis (Nordtvedt, Jamtvedt, graverholt, Nordheim & Reinar 2012, s.70-71).

## 4.7 Trinn sju – Inkluderte artikler i metasyntesen

Siste trinn i litteratursøkingsprosessen er det å inkludere og ekskludere studier etter metodisk vurdering. Resultatet i litteratursøkingen er inklusjon av seks relevante primærstudier, og eksklusjon av en primærstudie. Totalt var det 609 treff i kandidatenes første søk.

De inkluderte primærstudiene handler om tidligere intensivpasienter med erfaring og opplevelse av post intensivoppfølging. Totalt 81 deltakere av begge kjønn. 47 menn, og 34 kvinner. I aldersgruppen 20 -87 år. Deltakerne hadde et intensivopphold på mellom 2- 21 døgn. Intervjuene i forbindelse med disse studiene ble foretatt mellom 2 måneder til 9 år etter utskrivelse fra sykehus. Inkludert en norsk primærstudie, tre svenske primærstudier, en britisk og en australsk primærstudie.

Tabell 4.14 Viser oversikt over inkluderte og ekskluderte primærstudier i siste trinn i litteratursøket.

<b>Inkluderte og ekskluderte primærstudier i siste trinn i litteratursøket</b>				
Første forfatter	År	Tittel	Land	Vurdering
Allum	2018	<i>Meeting the needs of critical care patients after discharge home: a qualitative exploratory study of patient perspectives</i>	UK	Inkludert
Ewens	2018	<i>Surviving ICU: Stories of recovery</i>	Australia	Inkludert
Neldrup	2018	<i>Intensive care survivors' experiences of recovery after hospitale discharge: A qualitative interview study</i>	Sverige	Inkludert
Olsen	2017	<i>Evaluating the past to improve the future – A qualitative study of ICU patients' experiences</i>	Norge	Inkludert
Engstrøm	2015	<i>Follow-up visit in an ICU: receiving a sense of coherence</i>	Sverige	Inkludert
Haralsson	2015	<i>The experiences of ICU patients during follow-up sessions – A qualitative study</i>	Sverige	Inkludert
Bäckman	2018	<i>Group meetings after critical illness—Giving and receiving strength</i>	Sverige	Ekskludert



Tabell 4.15 Viser oversikt over primærstudiene som inkluderes i metasyntesen.

<b>Inkluderte primærstudier i metasyntesen</b>			
Første forfatter	År	Tittel	Land
Allum	2018	<i>Meeting the needs of critical care patients after discharge home: a qualitative exploratory study of patient perspectives</i>	UK
Ewens	2018	<i>Surviving ICU: Stories of recovery</i>	Australia
Neldrup	2018	<i>Intensive care survivors' experiences of recovery after hospital discharge: A qualitative interview study</i>	Sverige
Olsen	2017	<i>Evaluating the past to improve the future – A qualitative study of ICU patients' experiences</i>	Norge
Engstrøm	2015	<i>Follow-up visit in an ICU: receiving a sense of coherence</i>	Sverige
Haralsson	2015	<i>The experiences of ICU patients during follow-up sessions – A qualitative study</i>	Sverige

## 5 Resultat – Den analytiske fasen

Kandidatene startet denne fasen med å lage en liste over nøkkelmetaforer og begreper i forhold til *intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*. Vi forsøkte å avdekke relasjonen mellom funn i primærstudiene, slik det anbefales (Noblit & Hare, 1988 s. 28; Pilot & Beck, 2017 s.663).

### 5.1. Avdekke nøkkelmetaforer og finner sammenheng

Kandidatene startet fasen med å lese hver studie, hver for oss. Deretter plasserte vi nøkkelmetaforene, setningene og begrepene i tabellene. Dette er slik Johannessen, et al. (2016, s. 108-109) anbefaler. Denne fasen var utfordrende. Kandidatene måtte revidere fasen flere ganger. De første gangene vi leste og noterte ned nøkkelbegreper og temaer – ble mange temaer trukket ut. Da vi hadde jobbet med studiene over tid, ble nøkkelmetaforene tydeligere for oss. Til slutt kom de helt tydelig frem, men det var helt på slutten. Faktisk så sent som da vi skrev synteserapporten.

Tabellene på de neste sidene viser nøkkelmetaforene og temaene som ble trukket ut fra primærstudiene. Dette er første trinnet i analysefasen. Hovedtemaene som ble avdekket er *rehabilitering, informasjon, og oppfølging*.

Tabell 5.1 Nøkkelmetaforer og temaer knyttet til fysisk og psykisk rehabilitering

<b>Rehabilitering</b>		
<b>Allum (2018)</b>	<b>Ewens (2018)</b>	<b>Nelderup (2018)</b>
<p><b>Psykiske og fysiske utfordringer etter utskrivelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overføringsangst</li> <li>• Hallusinasjoner</li> <li>• Drømmer og minner</li> <li>• Følelse av å være gal</li> <li>• Flashbacks</li> <li>• Forståelse om vanskeligheter vil redusere angst</li> <li>• Begrenser full gjenopptrening</li> </ul>	<p><b>Psykiske og fysiske utfordringer etter utskrivelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Livet i endring</b></li> <li>• Sosial isolasjon</li> <li>• Tenker for mye</li> <li>• Jeg vil heller være mitt gamle meg</li> <li>• Nær døden opplevelse</li> <li>• Kan ikke ta folk for gitt</li> <li>• Endret væremåte: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Trøtt og grinete</li> <li>– Energitaपene</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Psykiske og fysiske utfordringer etter utskrivelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utmattede og slitne</li> <li>• Følelse av hjelpeløshet</li> <li>• Avhengighet</li> <li>• Kroppslige endringer</li> <li>• Kroppslig svekkelse</li> <li>• Begrensninger i dagliglivet</li> <li>• Ubalanse og mobilitet</li> </ul>
<p><b>Psykisk og fysisk rehabilitering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tok lengre tid</li> <li>• Individuelle forskjeller på tid</li> <li>• Psykologiske faktorer er større og dypere</li> <li>• Hvor hardt skulle presse seg</li> <li>• Mestringsstrategi: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sosialstøtte</li> <li>– Pårørendes rolle</li> <li>– Støttegrupper</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Psykisk og fysisk rehabilitering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rehabiliteringsforvirring</b></li> <li>• Følelse av sinne</li> <li>• Manglet hjelp til å bearbeide følelser</li> <li>• Forventningen ble ikke innfridd</li> <li>• Bedring tar tid</li> <li>• Neglisjert den indre gjenopptrening på bekostning av fysisk gjenoppsetting</li> </ul>	<p><b>Psykisk og fysisk rehabilitering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitering tok tid</li> <li>• Opplevelse av gradvis forbedring</li> <li>• Fremgang i øvelsene økte motivasjonen</li> <li>• Ønsket et uavhengig liv</li> <li>• Mestring gjør å se på livet positivitet</li> <li>• Tekniske hjelpemidler gir følelse av frihet <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pårørende har betydning for rehabilitering</li> <li>▪ Pårørende kan være begrensende og hemmende</li> </ul> </li> </ul>

Tabell 5.1 Nøkkelmetaforer og temaer knyttet til fysisk og psykisk rehabilitering

<b>Rehabilitering</b>		
<b>Olsen (2017)</b>	<b>Engstrøm (2015)</b>	<b>Haraldsson (2015)</b>
<p><b>Psykiske og fysiske utfordringer etter utskrivelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alt var kaos</b></li> <li>• Ensomhet og mangel på glede</li> <li>• Opplevelse av frykt og usikkerhet</li> <li>• Utsatt for sårbarhet</li> <li>• Jeg vil heller være mitt gamle meg</li> <li>• Følelse av å være rotløs å ha ingen minner</li> <li>• Hallusinasjoner følte realistiske</li> <li>• Hallusinasjonene beskrives skremmende, levende, og traumatiserende</li> <li>• Intensivt opphold er et lukket kapittel i livet mitt</li> <li>• Overflytning fra intensiv opplevd skummelt både for noen pasienter og pårørende</li> <li>• Overflytning var tegn på bedring hos noen andre</li> <li>• <b>Lukke døren</b></li> <li>• En svak og ukjent kropp og vanlig liv</li> <li>• Endret oppfatning av begrepet «god helse»</li> </ul>	<p><b>Psykiske og fysiske utfordringer etter utskrivelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Langvarig depresjon</li> <li>• Perspektiv over forløpet</li> <li>• Indre smerter forårsaker av drømmer og minner</li> <li>• Ukjent og fremmed verden</li> <li>• Forstår ikke hva som skjedde</li> <li>• Ikke alle husket</li> <li>• Leve mellom virkelige og uvirkelige</li> <li>• Fulle gapet</li> </ul>	<p><b>Psykiske og fysiske utfordringer etter utskrivelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangel på kunnskap</li> <li>• Manglende minner</li> <li>• følelse av bekymring</li> <li>• Behov for rehabilitering</li> </ul>
<p><b>Psykisk og fysisk rehabilitering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykologisk bedring etter tre måneder</li> <li>• Pårørende brydde seg</li> <li>• Pårørende kilde til styrke</li> <li>• Enkelte følte ensomhet selv om de var sammen</li> </ul>	<p><b>Psykisk og fysisk rehabilitering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mestringsstrategi:</li> <li>– Bekreftelse på at drømmer og minner kan ikke unngås</li> <li>– Oppfølgingssamtale:</li> <li>– <b>Får på plass manglende biter</b></li> </ul>	<p><b>Psykisk og fysisk rehabilitering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppfølging gir styrke og trygghet</li> <li>• Rehabiliteringsprosessen kan ta lang tid</li> <li>• Rehabiliteringsprogram gir mindre behov for oppfølgingsbesøk</li> </ul>

Tabell 5.1 Nøkkelmetaforer og temaer knyttet til informasjon

<b>Informasjon</b>		
<b>Allum (2018)</b>	<b>Ewens (2018)</b>	<b>Nelderup (2018)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stort informasjons behov</li> <li>• Hvor kan jeg få hjelp?</li> <li>• Konsekvenser av manglende informasjon førte til: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sårbar og forlatt</b></li> <li>• Frustrasjon</li> <li>• Ba ikke om hjelp</li> <li>• Behov for å diskutere sine bekymringen</li> <li>• Verbal informasjon er lett å glemme</li> <li>• Skriftlig informasjon gir trygghet</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Skriftlig informasjon fra spesialist (Brosjyre)</li> <li>– Manglende informasjon om rehabiliteringen etter kritisk sykdom</li> <li>– Mangler forståelse av tilstand om: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hva forvente under restitusjon</li> <li>– Hvor kan jeg søke støtte?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva skjedde? –<b>Finner ikke svar</b></li> <li>• De søkte svar</li> <li>• Ved manglende svar – lagde de egne minner og fantasier</li> <li>• Å ikke huske, gjør det vanskeligere å takle situasjonene</li> <li>• Uvirkelige minner ble til virkelighet</li> <li>• Informasjon fra fysioterapeut – gav trygghet</li> </ul>
<b>Olsen (2017)</b>	<b>Engstrøm (2015)</b>	<b>Haraldsson (2015)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Å være informert om rehabiliteringsfasen reduserte stressnivået hos den enkelte</li> <li>• Informasjonsbrosjyre er verdsatt</li> <li>• Pårørende ble sett på som informasjonsagenter</li> <li>• Pårørende var Kilde for informasjon, støtte, og debrifing</li> <li>• Pårørende forklarer hallusinasjonene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjon gir forståelse om virkeligheten</li> <li>• Bitene falt på plass når de så intensivrommet</li> <li>• Detaljert informasjon får man under oppfølgingssamtale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende minner – Informasjon er viktig</li> <li>• Informasjon bekrefter tanker og minner</li> <li>• Mye informasjon fra pårørende- gir mindre behov for informasjon i oppfølgingssamtalene</li> <li>• Følelse av ekskludering når pasientene vet mindre enn pårørende</li> </ul>

Tabell 5.1 Nøkkelmetaforer og temaer knyttet til oppfølging

Oppfølging		
Allum (2018)	Ewens (2018)	Nelderup (2018)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle deltakerne hadde en form for oppfølging</li> <li>• frykt for å komme tilbake på sykehuset</li> <li>• <b>Anerkjenne og sette navn på bekymringene</b></li> <li>• Tilgang til tjenester er vanskelig</li> <li>• Psykologtjenester var mest etterspurt - vanskeligst å få tilgang til</li> <li>• Lang ventetid, ingen tjenester i område</li> <li>• Noen søkt fastlege råd</li> <li>• Fastlege mangler oversikt over tjenester, og manglende kunnskap om kritisk omsorg</li> <li>• God erfaring med videre henvisning til spesialisthelsetjenesten</li> <li>• Problemer ved oppfølging på poliklinikk/ i intensivavdeling</li> <li>• Overvinne begrensningene og fleksible tidspunkter</li> <li>• Ulike behov i forskjellige stadier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende støtte</li> <li>• Manglende ekspert råd</li> <li>• Følelsen av isolasjon fra deres tidligere liv dukket opp.</li> <li>• Empatisk og kunnskapsrik oppfølging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyggelig å komme hjem men utfordrende</li> <li>• Det er et helt annet liv nå</li> <li>• Avhengig av hjemmesykepleie - <b>Følelse av å være i fengsel</b></li> <li>• Hjemmesykepleie gir lettelse i det daglige</li> <li>• Føler seg utsatt</li> <li>• Følelsen av eksponering</li> <li>• Manglende kunnskap hos sengepostsykepleiere - forsto ikke hvor lang tid prosessen tok</li> <li>• Følelse av personalet ble lei dem</li> <li>• Misnøye med tjeneste</li> </ul>

Tabell 5.1 Nøkkelmetaforer og temaer knyttet til oppfølging

<b>Oppfølging</b>		
<b>Olsen (2017)</b>	<b>Engstrøm (2015)</b>	<b>Haraldsson (2015)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privat dagbok og fotografier av pårørende oppleves positivt</li> <li>• Dagboken gir mestring i uvirkelige omstendigheter for både pasient og pårørende</li> <li>• Dagbok lesing var følelsesmessig krevende for noen</li> <li>• Fotografier oppleves urovekkende</li> <li>• Alt er så uvirkelig- bilder ville gjort en forskjell</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Uvirkelig og fremmed verden</b></li> <li>• Beskyttende og trygt miljø for pasientene</li> <li>• Fikk sett på rommet - <b>Bitene falt på plass</b> - Jeg forsto hvor syk jeg var</li> <li>• Godt å få vite detaljene</li> <li>• Ikke alle husket</li> <li>• Nære pårørende har fulgt hele veien</li> <li>• Godt å få møte helsepersonell</li> <li>• Kompetente og responderte personalet</li> <li>• Følelse av å bli husket og bli tatt vare på</li> <li>• Få vise takknemlighet og gi en klem</li> <li>• Opplevdes godt for personale – at de hadde lyktes i behandlingen</li> <li>• Oppfølgingsamtale gir mulighet til å snakke om marerittene</li> <li>• Drømmene og marerittene - kan ikke unngås</li> <li>• Legge opplevelsen bak seg og <b>gå videre i livet</b></li> <li>• Få en følelse av sammenheng</li> <li>• Dagboken – en styrke</li> <li>• Følte seg ikke klar til å lese i dagboken</li> </ul> <p>Kom tilbake sammen Pasienten ønsket pårørendes deltakelse i oppfølgingsbesøket</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekreftelse på tanker og minner – gav innsikt</li> <li>• Behandle sine vanskelige opplevelser</li> <li>• Virket styrkende</li> <li>• Gir mulighet for å bearbeide vanskelige opplevelse</li> <li>• snakke om erfaringer med helsepersonell</li> <li>• Mulighet for å gå videre</li> <li>• Økt forståelse av egne opplevelser</li> <li>• Reduserte risikoen for depresjon</li> <li>• Venterommet - ubehagelige minner</li> <li>• Utviklet mestringsstrategier før oppfølgingen</li> <li>• Følelsen av å bli tatt vare på</li> <li>• Trist og lykkelig gjensyn</li> <li>• Fått sett utstyr</li> <li>• Takknemlighet</li> <li>• Dagboken- emosjonelt</li> <li>• Ingen nytte av dagbok for noen</li> <li>• Noen ønsket å fortsette dagbok etter utskrivelse fra intensiv</li> <li>• Privat dagbok av pårørende- positivt</li> </ul>

## 5.2 Oversette studiene inn i hverandre

Kandidatene har i denne fasen funnet de mest sentrale ord og uttrykk. Primærstudiene utforsker de samme fenomenene og blir da en resiprokal sammenstilling, slik Noblit & Hare (1988, s.38) hevder. De sentrale ord og uttrykkene danner et helhetsinntrykk av primærstudiene. Det er beslektede temaer og metaforer som kandidatene har funnet. Kandidatene har forsøkt å vektlegge likheter i hvert enkelt tema som berører intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse. Og om det er eventuelle forskjeller. Dette er i tråd med teorien (Polit & Beck, 2017 s.110 og s 663).

Kandidatene valgte å starte å sortere primærstudiene etter kronologisk rekkefølge. Vi startet med Allum (2018). Vi registrerte at dette var den studien med mest datamateriale i. Imidlertid hadde alle primærstudiene hadde et rikt datamateriale. Johannessen et al. (2016, s.108-109) anbefaler å starte med en artikkel med et rikt datamateriale. Kandidatene sammenlignet temaene og begrepene. Vi utarbeidet deretter en leservennlig tabell. Metaforene som ble avdekket i primærstudiene plasserte vi i det blå feltet i tabellen. Dette for at det skulle bli oversiktlig og temaene skulle være enkelt å lese.



Tabell 5.2 Sentrale ord og uttrykk som danne helhet

Første forfatter/ Årstall	Tema: Rehabilitering <i>Metaforer: Livet i endring. Rehabiliteringsforvirring. Lukke døren. Alt var kaos. Få på plass manglende biter.</i>
Allum (2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hallusinasjoner og flashbacks. Følelsen av å være gal. Pågikk over lang tid</li> <li>• Rehabiliteringsperioden tok lengre tid enn forventet. Store individuelle forskjeller. Noen opplevde ikke full rehabilitering</li> <li>• Mestringsstrategier; Behov for omsorgspersoner hjemme. Godt forberedt før utskrivelse. Ikke forhaste utskrivning</li> <li>• Sosial støtte fra både nærerelasjoner, fagpersonell og støttegrupper</li> <li>• Nære pårørende gir moralsk og praktisk støtte. Hjelper pasientene å se positivt på ting</li> <li>• Mestringsstrategier: Etterlyser informasjon om opptrening</li> <li>• Delta i støttegrupper. Følelser, opplevelser og forventninger kan bli justert og korrigert i gruppene. Hvor hard kan deltakerne trene</li> </ul>
Ewens (2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabiliteringsforvirring: Større utfordringer å gjenvinne balanse og rehabilitering av de mentale og emosjonelle funksjoner. Deltakerne var ikke godt nok forberedt på dette</li> <li>• Følelsene som beskrives er sinne, frustrasjoner, emosjonell, energitappende, trøtt, mestringsfravær</li> <li>• Kritisk sykdom gir sosial isolasjon. Det forandrer livet på en negativ måte, man forandrer seg</li> <li>• Fysisk gjenopptrening på bekostning av emosjonelle mentale funksjoner</li> </ul>
Nelderup (2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabiliteringen tok lang tid, med gradvis forbedring</li> <li>• Begrensninger i dagliglivet. Vekttap, søvnvansker og manglende appetitt. Avhengighet til andre personer og til hjelpemidler</li> <li>• Kroppslig endringer gir begrensninger. Det oppstår følelse av hjelpeløshet og avhengighet både til personer, steder og hjelpemidler. Det begrenser dagliglivet. Det oppstår vekttap, redusert appetitt og søvnvansker</li> <li>• Svekkelsen er uttalte. De klarer ikke å håndtere dagliglivet</li> <li>• Uten nære pårørende ville de ikke vært i livet. Pasientene trenger deres hjelp – og føler avhengighet</li> <li>• De føler taknemlighet overfor pårørende. De opplever også begrensninger i relasjonen. Kritisk sykdom gir slitasje i forholdet</li> <li>• Mestringsstrategi: Mestring av øvelsene økte motivasjonen</li> <li>• De som mestrer rehabiliteringen, blir bedre. Tekniske hjelpemidler, mestring og motivasjon - kan gi frihet og uavhengighet</li> </ul>

Tabell 5.2 Sentrale ord og uttrykk som danne helhet

Første forfatter/ Årstall	<b>Tema: Rehabilitering</b> <i>Metaforer: Livet i endring. Rehabiliteringsforvirring. Lukke døren. Alt var kaos. Få på plass manglende biter.</i>
Olsen (2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst og PTSD. Ensomhet og depresjon. Frykt for fremtiden og for døden. Sårbare og skjøre</li> <li>• Overganger virker skremmende for noen. Andre ser overganger som seier og tegn på bedring</li> <li>• De fleste opplevde psykologisk bedring etter tre måneder - mestringsstrategi</li> <li>• Hallusinasjonene var skremmende, traumatiserende, forvirrende, realistiske og levende. Alt var kaos og sykepleierne opplevde farlige</li> <li>• Sakte fremgang, men progresjon</li> <li>• Frustrasjon over fysiske begrensninger. Endringene føles brutale</li> <li>• Erfaring endret oppfatningen av begrepet god helse. Fornøyd med et funksjonsnivå nær det de hadde før innleggelsen</li> <li>• De som er friske forventer et høyere funksjonsnivå enn de som allerede har funksjonsnedsettelse</li> <li>• De fleste ville ikke bli minnet på intensivoppholdet "lukke døren"</li> </ul> <p>De kroppslige endringene beskrives med muskelsvakhet, smerter, tretthet og dårlig helse. Endringene oppleves som en kamp, det er vanskelig å takle</p>
Engstrøm (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deprimerte over lang tid. Indre smerter</li> <li>• Ja, det var vondt å se utstyret og rommet. Vanskelig å forstå hva som har skjedd</li> <li>• Trenger støtte for å få et perspektiv over forløpet</li> <li>• Viktig å komme tilbake</li> <li>• Uvirkelig og fremmed verden. Få på plass manglende biter. Uvirkelige minner</li> </ul> <p>Mestringsstrategi: Få bekreftelse på at drømmene og marerittene er vanlig og kan ikke unngås</p>
Haraldsson (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende kunnskap og oversikt øker angsten</li> <li>• Manglende minner øker bekymring</li> <li>• Fylle manglende minner med informasjon. Oppfølging gav dem styrke, fikk dem til å føle seg tryggere</li> </ul> <p>Pasienter som har vært på rehabiliteringsavdeling etter utskrivelse, hadde ikke det samme behovet for oppfølgingssamtalen.</p>

Tabell 5.2 Sentrale ord og uttrykk som danne helhet

Første forfatter/ Årstall	<i>Tema: Informasjon</i> <i>Metaforer: Sårbar og forlatt. Finner ikke svar.</i>
Allum (2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er problemene normale. Er opptreningen normal. Hvor kan jeg få hjelp. Har behov for skriftlig informasjon. Muntlig er lett å glemme</li> <li>• Informasjon fra spesialister innen kritisk sykdom er verdsatt. Skriftlig informasjon gir trygghet.</li> <li>• Overføringsangst, føle seg sårbar og forlatt - Ikke nok informasjon. De ber ikke om hjelp.</li> </ul> <p>Få informasjon om bivirkninger den medisinske behandlingen og ettervirkninger etter kritisk sykdom</p>
Ewens (2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangler forståelse av hele situasjonen. Både i forhold til kritisk sykdom og rehabilitering</li> </ul> <p>Behov for skriftlig informasjon som dekker informasjon fra spesialist, hva kan pasienten forvente i rehabilitering og hvordan søke støtte fra fagpersoner og omsorgspersoner som har kunnskap om intensivfaget</p>
Nelderup (2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tap av hukommelse gjør det vanskelig å takle situasjoner og å komme videre</li> <li>• Pasientene har behov for informasjon om hva som skjedde under innleggelsen og i det videre forløpet</li> </ul> <p>Skriftlig informasjon om gjenopptrening, fra fysioterapeut, gir trygghet og mestring i rehabiliteringen</p>

Tabell 5.2 Sentrale ord og uttrykk som danne helhet

Første forfatter/ Årstall	<i>Tema: Informasjon</i> <i>Metaforer: Sårbar og forlatt. Finner ikke svar.</i>
Olsen (2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjonsbrosjyrer oppleves som informativ og verdifull. Gir trygghet og forståelse. Normalisere det unormale</li> <li>• Utarbeide brosjyrer til fastleger</li> <li>• Skriftlig informasjon er verdifullt fordi det kan tas frem og leses på nytt</li> <li>• Informasjon om hva som kan forventes i rehabiliteringsfasen reduserer stressnivået</li> <li>• Familien er informasjonsagenter</li> <li>• Familien gir viktig informasjon, de er støttende og benyttes til debrifing</li> <li>• Alle snakker positivt om familien</li> </ul> <p>Mestringsstrategi; Pårørende – den viktigste kilden til informasjon og debrifing.</p>
Engstrøm (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjon er viktig for å forstå virkeligheten</li> <li>• Detaljert informasjon i oppfølgingssamtale</li> </ul> <p>Teknisk utstyr og omvisning på intensiv gjør at ting faller på plass</p>
Haraldsson (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varierende behov om informasjon i oppfølgingstimene. Familien er en viktig informasjonskilde</li> <li>• Tanker og følelser blir bekreftet i oppfølgingstimene ved å gi informasjon</li> </ul> <p>Når pårørende vet hva som har skjedd, men ikke pasienten det dreier seg om - føles dette som ekskludering</p>

Tabell 5.2 Sentrale ord og uttrykk som danne helhet

Første forfatter/ Årstall	<b>Tema: <i>Oppfølging</i></b> <b>Metafor: Anerkjenne og sette navn på bekymringene. Bitene faller på plass.</b> <b>Gå videre i livet.</b>
Allum (2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppfølgingstjeneste er en eller annen form for oppfølging etter utskrivelse fra sykehus. Enkelte av tjenestene kan være vanskelig å få tilgang på</li> <li>Årsaker er manglende kunnskap, lang ventetid, ingen tjenester i område, eller fastlege som ikke hadde oversikt over tjenester</li> <li>• Mobilitetsbegrensninger, angst, bekymringer og frykt for å komme tilbake til sykehuset gir også begrensninger</li> <li>• Psykologiske tjenester er mest etterspurt, men vanskelig å få tilgang til</li> <li>• Mestringsstrategier for deltakelse:</li> <li>• Avtale passende tidspunkter på telefonen.</li> <li>• Anerkjenne og sette navn på bekymringer</li> </ul>
Ewens (2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende støtte og råd gir grobunn til isolasjon og vanskelig forløp</li> <li>• Mestringsstrategier er å: - Gi råd om forventet forløp</li> <li>• Empatisk og kunnskapsrik oppfølging</li> </ul>
Nelderup (2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjemmesykepleie kan oppleves både positivt og negativt. Negative følelser er at kan forbindes som å være i fengsel, man kan føle seg eksponert og utsatt. Positive følger er at daglige pleiebehov blir ivaretatt</li> <li>• Sengepostsykepleiere har manglende kunnskap om kritisk sykdom og om rehabiliteringsfasen</li> </ul>

Tabell 5.2 Sentrale ord og uttrykk som danne helhet

Første forfatter/ Årstall	<b>Tema: Oppfølging</b> <b>Metafor: Anerkjenne og sette navn på bekymringene. Bitene faller på plass. Gå videre i livet.</b>
Olsen (2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotografier og dagbok ført av pårørende opplevdes som en kilde til å dele følelser, bekymringer, gleder og håp. Kan gi mestring for både pasienten og pårørende</li> <li>• Fotografier oppleves urovekkende, men bekrefter hva pasienten går gjennom</li> </ul>
Engstrøm (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensivverden er fremmed og uvirkelig</li> <li>• Oppfølging får på plass manglende biter. Det er oppklarende og godt å få detaljer om oppholdet</li> <li>• Det oppleves positivt og verdifullt med oppfølgingssamtale i et godt, og trygt miljø</li> <li>• Ansatte opplevdes som kompetente og interesserte både overfor pasientene og pårørende</li> <li>• Følelse av å bli husket og tatt vare på er verdsatt. Få anledning til å snakke om det som har skjedd, om marerittene og drømmene. Pasientene erkjenner hvor syke de har vært</li> <li>• Pasientene ser rommet, utstyret og sengen, Det kan være pinefullt, men bitene faller på plass</li> <li>• Pasientene legger opplevelsen bak seg og går videre i livet. En følelse av sammenheng</li> <li>• Dagboken gir både styrke et klarer bilde. Den gir detaljer fra oppholdet</li> </ul>
Haraldsson (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppfølgingssamtale oppleves styrkende og positivt:</li> <li>• Stille spørsmål og få svar</li> <li>• Bekrefte egne tanker og minner</li> <li>• Bearbeide vanskelige opplevelser</li> <li>• Gir mening og trygghet</li> <li>• Reduserer risiko for depresjon</li> <li>• Får følelse av omsorg</li> <li>• Personalet har ikke glemt dem</li> <li>• Takknemlighet</li> <li>• Varierende opplevelser av å ha dagbok. De fleste har godt utbytte av å ha tilgang på dagbok. Dagbok skrevet av pårørende oppleves nyttig for pasientene</li> <li>• Mye informasjon fra pårørende, redusert behov for informasjon i oppfølgingstimene</li> </ul>

### 5.3 Utarbeide synteser

Kandidatene har i denne fasen forsøkt å skape generelle tolkninger, nye bilder og lage en helhet slik det anbefales (Pilot & Beck, 2017 s.663).

Vi jobbet sammen, diskuterte ett og ett tema og lagde deretter synteser for hvert av temaene. Temaene var med utgangspunkt i sammendragene fra fase fem, tabell 5.2, men vi benyttet også tabell 5.1. Dette for å være sikre på at vi beholdt opprinnelige data. Vi forsøkte å se sammenhengene mellom hver primærstudiene og danne nye metaforer av temaene. Kandidatene avdekket at temaet som omhandlet rehabilitering og da spesielt psykisk rehabilitering ble et stort tema. Det var temaet som intensivpasientene hadde mange opplevelser rundt.

Av primærstudiene ble det laget tre hovedtemaer med utgangspunkt i *intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*. Fasen tok lang tid, fordi det er en omfattende og tidkrevende prosess. Kandidatene brukte i forkant mye tankevirksomhet på å tenke ut mulige løsninger på syntesedannelsen. Vi utarbeidet tankekart for hvert tema. Satte inn alle subtemaene fra alle primærstudiene, slik at vi fikk bedre oversikt. Kandidatene klarte da å beholde innholdet og ikke miste data.

Syntesene som ble dannet, ivaretok sammenhengene mellom studiene gjennom metaforisk reduksjon, som metoden skal (Noblit og Hare, 1988 s.37). Det var utfordrende å både skulle ivareta dataene i primærstudiene og danne ny erkjennelse. slik det forventes i metoden - som er metaforisk reduksjon - jamfør metodedel "sidetall i oppgaven". (Johannessen et al., 2016 s.110; Polit & Beck, 2017 s.663).

Date mengden ble etter hvert ganske stor. Under temaene psykologiske utfordringer og rehabilitering hadde vi nok data til å lage dette. I følge Noblit & Hare (1988, s. 28) kan flere mulige synteser skapes når datamengden er stor.

Tabellen viser de nye syntesene kandidatene har utarbeidet. Det er ivaretatt sammenhengene mellom studiene gjennom metaforisk reduksjon, slik metoden gjør (Noblit og Hare, 1988 s.37). Det var utfordrende å utarbeide syntesene. Kandidatene måtte gå tilbake i de foregående trinn flere ganger for å finne essensen av temaene og bildene som skulle skapes.

Tabell 5.3 Kandidatenes nye synteser:

Tema	Syntese
Rehabilitering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Følelsesmessig kaos. Målrettede handlinger reduseres. Fraværende kunnskap. Hvordan tilpasse seg situasjonen.</i></li> <li>• <i>Kroppslig ubalanse i sårbar fase - forstå og gjenvinne. Indre håp og tillit til å mestre.</i></li> <li>• <i>Makt over egen situasjon. Finne verdi og mening.</i></li> </ul>
Informasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vanskelige tanker og følelser. Mister grepet – informasjon er viktig</i></li> <li>• <i>Gjøre det unormale forklarbart. Informasjon gjør situasjon håndterbar og meningsfull</i></li> </ul>
Oppfølgingssamtale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Manglende biter og fange opp hindringer. Dele erfaringer.</i></li> <li>• <i>Lukke kapitelet intensivopplevelse og gå videre. Dagbok gir styrke.</i></li> </ul>



## 6.0 Diskusjon og metasynteserapport

Kandidatene har valgt å tilpasse synteserapporten til masteroppgavens monografiske oppbygging slik mastehåndboken beskriver (2019). Noblit & Hare (1988, s.29) åpner for å skrive synteserapporten på flere forskjellige måter.

Metasynteserapporten inneholder kandidatenes tre hovedtemaene: Rehabilitering, informasjon og oppfølging. Rapporten har en diskusjon av kandidatenes synteseresultat opp mot *intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse* og teori knyttet til dette. I tillegg vurderes styrker og svakheter ved arbeidet. Oppgaven avsluttes med hovedfunn.

### 6.1 Rehabilitering

Rehabilitering innebærer å gjenoppbygge fysiske og psykiske funksjoner pasienten tidligere har hatt. Dette gir mulighet for økt livskvalitet (Stubberud, 2020 s.47).

Kandidatene utarbeidet tre synteser om temaet rehabilitering. Syntesene forsøker å ivareta temaene knyttet til de fysiske, psykiske og mentale ubalansene som oppstår under eller etter intensivbehandlingen. «*Jeg trodde jeg var gal*» var en metafor som ble uttrykt i primærstudiene. Utsagnet var betegnende for hvor vanskelig situasjonen etter utskrivelse fra intensivavdeling oppleves. Det å ha gjennomgått intensivbehandling krever mye av intensivpasienten. Intensjonene med syntesene er å ivareta *intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*. Når det oppnås mening i situasjonen, er det enklere å mestre rehabiliteringen.

### 6.1.1 Syntesene om rehabilitering:

Det ble utformet tre synteser om temaet rehabilitering. Kandidatene skal i dette kapittelet drøfte de ulike syntesen. Vi valgte å drøfte hver syntese for seg.

*Følelsesmessig kaos. Målrettede handlinger reduseres. Fraværende kunnskap. Tilpasse seg situasjonen.*

Psykologiske problemer er utbredt. Problemene oppstår som følge av behandlingen og opplevelsen av den. Intensivpasienten får alt fra milde til alvorlige symptomer. Problemene oppstår både hos intensivpasientene og deres pårørende (Rattray et.al., 2010; Needham et al., 2012). Deltakerne manglet balanse og var ikke på plass i seg selv viste kandidatenes funn. Dette fikk konsekvenser for *intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*. Følelsesmessig kaos var utfordrende og vil påvirket rehabiliteringen negativt.

Intensivbehandlingen og rehabiliteringsprosessen hadde konsekvenser for deltakernes psykiske utfordringer. Rehabiliteringen tok lang tid, det oppsto sårbarhet i forhold til overføring til annen avdeling eller nivå. Ifølge studier kunne sårbarheten kan også knyttes til faktorer som blant annet risiko for død, aggressivitet i behandling og bivirkninger av den medisinsk behandling. (Chahraoui et al., 2015).

Kandidatenes funn viste at deltakerne følte seg sårbare og forlatt. Det oppsto et *følelsesmessig kaos*. De fikk ikke nok informasjon (Allum et al., 2018). Mange ble isolerte og redde for å gå ut. Livet endret seg (Ewens et al., 2018). Mange opplevde frykt for lyder, døden og at uventede ting skulle skje (Olsen et al., 2017; Neldrup et al., 2018). Utskrivelser og overganger til sengeposter og andre omsorgsnivåer kunne virke skremmende, men for noen var det et tegn på bedring (Olsen et al., 2017).

*The happiness and joy in life has gone. I am tiered of feeling this way* (Olsen, 2017)

Deltakerne var ikke forberedt på opplevelsene de gjennomgikk og de problemene som oppsto. De psykologiske og fysiologiske utfordringene var store – redsel for døden og isolasjon fra omverden var skremmende. De var uforberedt på de mentale og psykiske belastningene

intensivbehandling forårsaket. Uforutsette og brå endringer opplevdes vanskelige. Dette fikk konsekvenser for hvordan deltakerne opplevde oppfølging.

Kunnskapsmangel førte til unødvendig lidelse hos deltakerne. Manglende kunnskap var angstøkende (Olsen et al., 2013). Bakgrunnen for at kandidatene formulerte *målrettede handlinger reduseres* var for å vise at når man ikke var i balanse eller manglet kunnskap, kunne det være vanskelig å gjennomføre målrettede handlinger. Målrettede handlinger kreves i rehabiliteringsfasen. Handlinger som bidro til bedring, ble ikke gjennomført, fordi de hadde en lav OAS (Antonowsky, 2012 s.38 - 54).

Kandidatenes funn viste at deltakerne isolerte seg (Ewens et al., 2018). De psykologiske virkningene av kritisk sykdom ble hyppigst oppgitt som den begrensende faktoren for full opptrening (Allum et al., 2018). Det var vanskelig å ikke huske hva som hadde skjedd. Deltakerne hadde *fraværende kunnskap*. Det gjorde situasjonen utfordrende (Neldrup et al., 2018). Deltakerne var redde for å gjøre feil i opptreningen og etterlyste informasjon (Allum et al., 2018; Ewens et al., 2018). Deltakerne *tilpasset seg situasjonene*, men hadde behov for kunnskap om intensivbehandlingen og opptrening. Deltagelse i støttegrupper var sett på som nødvendig for å korrigere og få forståelse for følelser, opplevelser og forventninger (Allum et al., 2018). Nære pårørende var viktige støttespillere, men det oppsto en følelsesmessig avhengighet og takknemlighet (Neldrup et al., 2018). De psykologiske sidene ved kritisk sykdom var vanskelig å håndtere og tilpasse seg (Engstøm et al., 2015; Haraldsson et al., 2015; Olsen et al., 2015; Allum et al., 2018; Ewens et al., 2018).

Verden må oppleves forutsigbar og sammenhengende for å kunne håndtere den på en god måte (Antonowsky, 2012 s.38-54). Dagbok er et anbefalt verktøy som benyttes i under intensivopphold. Dagbok har som mål å dekke pasientenes informasjonsbehov og gi mulighet til å bearbeide minner som dannes under intensivopphold (Jones, Bäckman, Capuzzo, Egerod, Flaatten, Granja & Griffiths, 2010). Deltakerne hadde en begrenset mulighet til å følge med på hva som skjedde gjennom store deler av behandlingsforløpet og etterlyste informasjon. Det var viktig å bidra til at det forelå skriftlig tilpasset informasjon.

*Syntesen: Kroppslig ubalanse i sårbar fase. Forstå og gjenvinne. Indre håp og tillit til å mestre.*

Studier viser at over halvparten av intensivpasientene opplevde redusert livskvalitet. Deltakerne fikk som følge av den menneskelige belastningen redusert evne til å involveres i rehabiliteringsprosessen (Nelderup et al., 2017). De kroppslige begrensningene gjorde dagliglivet vanskelig. Deltakerne fikk en følelse av å være hjelpeløse og avhengige. De fysiske endringene følt brutale og førte til sosial isolasjon (Olsen et al., 2017; Ewens et al., 2018; Neldrup et al., 2018). Det oppsto en *Kroppslig ubalanse i sårbar fase*. Sosial isolasjon førte til redusert livskvalitet. Deltakerne var avhengig av å ha gode relasjoner rundt seg.

Når kroppslig ubalanse oppstår er det utfordrende og i tillegg å skulle håndtere stress og uventede forhold. Det er avgjørende å være en aktiv deltaker i egen situasjon Antonowsky (2012, s.39-41). Studier viser at det første året er ofte en kamp for å gjenvinne både fysisk styrke og funksjoner. Det å gjenoppta rollene de hadde før sykdommen tar tid (Oeyen et al., 2010; Agard, Egerod, Tonnesen, Lomborg, 2012; Agard, Lomborg, Tonnesen, Tonnesen, Egerod, 2014). Våre funn viste at flertallet av deltakerne hadde behov for langvarig oppfølging og rehabilitering. De fysiske funksjonene ble sakte bedre. De psykologiske funksjonene tok lengre tid. De kroppslige begrensningene, avhengigheten og manglende evner til å gjennomføre grunnleggende handlinger gjorde situasjonen vanskelig. Oppfølgingen ga styrke og trygghet (Haraldsson et al., 2015). Det var betryggende å få bekreftelse på at de kroppslige endringene var normale (Olsen et al., 2017). Pårørende hadde en viktig rolle i oppfølgingen (Allum et al., 2018). Dette var faktorer som bidro til at oppfølging opplevdes bedre.

*Makt over egen situasjon. Finne verdi og mening*

Deltakerne trengte hjelp til å forstå de psykologiske sidene som oppsto og bearbeide de vanskelige følelsene. De psykiske utfordringene vanskeliggjorde den fysiske rehabiliteringen. Motivasjonen uteble – deltakerne mistet grepet og det var vanskelig å finne mening. Da deltakerne hadde fått forståelsen på plass klarte de å håndtere situasjonen. (Allum et al., 2018; Engstrøm et al., 2018; Ewens et al., 2018). Da syntesen *Makt over egen situasjon. Finne verdi og mening* ble til, forsøkte kandidatene ivareta intensivpasienten makt og kontroll over situasjonen – i den grad det er mulig. Kandidatenes erfaring gjennom oppgaven er at de

fysiske utfordringene var store, men de psykiske og mentale utfordringene var fremtredende og som tok lengre tid å håndtere for deltakerne.

Det er avgjørende å være en aktiv deltaker for å oppleve situasjonen forutsigbar og sammenhengende, slik Antonowsky (2012) hevde. Deltakerne hadde behov for å få på plass manglende biter (Engstrøm et al. 2015). De hadde også behov for å justere følelser og forventninger i oppfølgingssamtalen (Allum et. al, 2018). Det finnes tre komponenter for håndtering av stress og faktorer som påvirker helsen. Stimuli man utsettes for, må være **forståelige**. Når stimuliene oppleves forståelige, organiserte og sammenhengende er situasjonen enklere å håndtere. Støyende, kaotiske og uforståelig stimuli gjør situasjonen u håndterbar (Antonowsky, 2012 s.39 –40). Det er avgjørende å informere om det som har og realitetsorientere for å gjøre en fremmed verden mer forståelig.

Situasjonen må oppleves **håndterbar**. Det er avgjørende å ha tilstrekkelige ressurser tilgjengelig for å takle kravene man blir utsatt for. Når situasjonen er håndterbar, er man ikke et offer for omstendighetene (Antonowsky, 2012, s.40). Kandidatens funn viser at rehabiliteringen tok lengre tid enn deltakerne forventet. Det var store individuelle forskjeller. Oppfølgingen bidro til å gjøre situasjonen mer håndterbar. Deltakerne fikk eksempelvis bekreftelse på at drømmer og minner var vanlige og kunne ikke unngås (Haraldsson et al., 2015; Olsen et al. et al., 2017; Allum et al., 2018; Engstrøm et. al., 2018; Neldrup et al, 2018).

*“They (ICU patients) can be very depressed for a long time. They need this support to provide a perspective”*  
(Haraldsson et al., 2015)

Det er viktig å finne **mening** i situasjonen. Det blir lettere å bruke krefter på tilværelsens krav og problemer. Situasjonen blir mer forståelig (Antonovnsky, 2012 s.41). Kandidatens funn viste at når forventningene ikke ble innfridd, skapte dette frustrasjoner blant deltakerne. De med lite helse relaterte begrensninger før intensivoppholdet opplevde flere utfordringer relatert til god helse etter utskrivelse. Fremgang gav økt motivasjon, Når de mestret rehabiliteringen, ble livet lettere å håndtere (Olsen et al., 2015; Ewens et al., 2018; Neldrup et al., 2018). Det var viktig å innfri forventninger. Ved å gjøre deltakerne til aktive deltakere i alle situasjoner der dette var mulig. Vil dette kunne redusere frustrasjoner og gjøre tilværelsen litt lettere.

## 6.2 Informasjon

Når intensivpasientene forlater intensivavdelingen og overføres til andre avdelinger er det god pasientomsorg å gi skriftlig informasjon. Informasjonen bør gis både til intensivpasienten og deres pårørende (Radigan & Kathryn ,2018). Dette skaper forutsigbarhet. Det anbefales at intensivavdelinger har samarbeid med annen avdeling som moderavdeling eller fysikalsk medisin avdeling. Dette når forhold som ernæring, opptrening og psykiske faktorer er viktige. Behandlingsavklaring bør inngå i sluttrapporten som beskrives ved utskrivning fra intensivavdelingen (Legeforeningen, 2014).

### 6.2.1 Syntesene om informasjon

Kandidatene utarbeidet to synteser i forhold til temaet informasjon. Vi avdekket i funn at deltakerne etterlyste informasjon på flere områder. Metaforene vi avdekket i primærstudiene var eksempelvis «lukke døren» og «livet er i endring». Kandidatene knytter disse metaforene til flere temaer, men informasjon hører også inn under dette. Når livet er i endring, og ting må bearbejdes, er informasjon viktig,

#### *Vanskelige tanker og følelser. Mister grepet – informasjon er viktig*

Det er økende kunnskap om de langsiktige konsekvensene, som kritisk sykdom gir (Needham et. al. 2012). Intensivpasientene bør få hjelp til å håndtere opplevelsen av intensivoppholdet, forstå fortiden og fylle hukommelseshullene. Intensivpasienten har behov for informasjon og råd om bearbejdesprosessen for å kunne heles. Dette kan gi psykisk bedring (Egerod et al. 2013).

Psykologiske utfordringer reduserer intensivpasientenes evne til å delta i rehabilitering. Psykologiske problemer sees også hos mange av pårørende, spesielt ektefeller. Redusert hukommelse er et utbredt problem for mange av intensivpasientene (Kowalczyk et al., 2013; Jones, 2014). Pasienter med belastende minner rapporterer om redusert livskvalitet etter tre måneder (Chahraoui et al., 2015).

*“I had fantasies and was horrified: the nurses were dangerous. I was attending my own funeral” (Olsen et al., 2017)*

Kandidatene viste at deltakerne slet med drømmer og minner. De hadde mange tanker og så virkelige bilder. De opplevde opprivende hallusinasjoner og hukommelsestap. Utfordringene var mange. Drømmene føltes realistiske og enkelte kunne ikke forstå at drømmene ikke er virkelige. Hallusinasjonene ble beskrevet som traumatiserende (Olsen et al., 2017). De fikk en følelse av å miste fotfestet og var redde for å være “gale”. Det å glemme gjorde situasjonen vanskeligere å håndtere (Neldrup et al., 2018). Deltakerne etterlyste informasjon for å få på plass manglende biter (Engstrøm et al., 2015; Haraldsson et al., 2015). Kandidatene syntes *Vanskelige tanker og følelser. Mister grepet* forsøker å ivareta dette. Traomatiserende tanker og minner gjorde situasjonene utfordrende. Dette fikk konsekvenser for deres opplevelser av oppfølging. Det var vanskelig å føle at man mister grepet. Det var avgjørende for deltakerne å vite at det å ha mareritt etter intensivopphold var normalt. Denne informasjonen av spesielt viktig å gi.

Manglende informasjon kunne påvirke deltagerens opplevelse av autonomi. Deltakerne følte en viss sårbarhet, når de manglet informasjon i forhold til pårørende. De følte seg ekskludert Dette gav en viss slitasje i relasjonen mellom nære pårørende og deltakerne (Haraldsson et al., 2015). Loven om pasient- og brukerrettigheter regulerer informasjonen som gis. Alle pasienter har både rett til nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand, og om innholdet i helsehjelpen som gis (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, §3-1). Kandidatene opplever at det kan være utfordrende å gi informasjon i de tilfeller, hvor intensivpasientene har redusert kognitiv funksjon som følge av kritisk sykdom. De har begrenset funksjon både i forhold til det å ta inn informasjon og huske informasjonen som er gitt. Omsorgspersoner og pårørende er viktige støttespillere både for intensivsykepleierne og intensivpasientene.

Deltakerne etterlyste informasjon om utfordringer de vil møte i rehabiliteringsfasen. De oppgav eksempelvis manglende informasjon om pusteproblemer, søvnvansker, fatigue og psykologiske utfordringer (Allum et al., 2018). Pårørende fylte mye av kunnskaps- og informasjonsgapet (Olsen et al., 2015).

Veiledning og undervisning av intensivpasientene er en sentral oppgave for intensivsykepleierne (Stubberud, 2015, s48), men deltakerne etterlyste spesielt skriftlig informasjon, fordi muntlig gitt informasjon ble ofte glemt (Allum et al., 2018; Ewens et al., 2018). Kandidatenes erfaring er at skriftlig informasjonen kan tas frem flere ganger og leses på nytt. Dette kan også være med å normalisere det unormale. Det er utarbeidet noe standardiserte informasjonskriv med tanke på informasjonsbehovet. Utformingen av informasjonsbrosjyrene er opp til hver avdeling. Det er ikke alle intensivpasienter som får oppfølgingssamtaler, for disse pasientene kan det være spesielt avgjørende med standardisert og tilpasset skriftlig informasjon.

*Gjøre det unormale forklarbart. Informasjon gjør situasjonen håndterbar og meningsfull.*

En viktig informasjonskilde for intensivpasientene er oppfølgingsprogrammene som finnes. Programmene hjelper intensivpasientene å håndtere den vanskelige situasjonen de befinner seg i. Skandinaviske oppfølgingsprogrammer rettes mot krisen intensivpasientene gjennomgår. Man forsøker å forstå og bearbeide det som har skjedd. Det avdekkes type oppfølging den enkelte har behov for. Kunnskapshullene bearbeides, og intensivpasientene får hjelp til å komme videre (Egerod et al., 2013).

Deltakerne var usikre på om problemene de opplevde var normale. De følte seg sårbare ved mangel på informasjon. Informasjon gav trygghet og forståelse (Haralsson et al., 2015; Olsen et al., 2017; Allum et al, 2018). I en situasjoner fylt av angst og utrygghet går informasjon inn det ene øret og ut av den det andre (Stubberud, 2020 s.94). Informasjon om hva som kan forventes i rehabiliteringsfasen kan reduserer stressnivået. Det anbefales å utarbeide gode overføringsrapporter når faktorer som ernæring, opptrening og psykiske funksjoner er truet eller det trengs ekstra tiltak for helbredelse (Legeforeningen 2014). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar i denne situasjonen kan være å henvise intensivpasientene videre ved behov, og gi tilpasset muntlig og skriftlig informasjon.



## 6.3 Oppfølgingsamtaler i intensivavdelinger

Mange intensivavdelinger i Norge tilbyr oppfølgingsamtaler. Oppfølgingsamtalene er et ledd i oppfølgingen etter intensivopphold. Samtalen gjøres enten per telefon eller ved besøk på avdelingen (Legeforeningen, 2014).

Oppfølgingsamtalene som er gjennomført i primærstudiene er oppfølgingsbesøk i intensivavdelingene, og gjennomgang av dagbok skrevet under intensivbehandlingen. Kandidatens funn baseres på denne oppfølgingen.

Funnene viser at oppfølgingsamtale er positivt, og dagbok gir informasjon og støtte (Stubberud, 2020 s.49). Pasientene beskriver at det er vanskelig å få tilgang til oppfølgingstjenester. Blant annet oppfølgingsamtale med helsepersonell, som har kunnskap innen kritisk sykdom og konsekvensene av dette. På bakgrunn av dette ble følgende syntese ble til:

*Manglende biter og fange opp hindringer. Dele erfaringer. Lukke kapitelet intensivopplevelse og gå videre. Dagbok gir styrke.*

### 6.3.1 Syntesene om oppfølging

*Manglende biter og fange opp hindringer. Dele erfaringer. Lukke kapitelet intensivopplevelse og gå videre. Dagbok gir styrke.*

Mange tidligere intensivpasienter og deres familier har langsiktige behov for å snakke med helsepersonell om sine problemer (Davidson, Maurene, Harvey & Schuller, 2013). De opplever, at det å komme hjem, er utfordrende. Det er et helt annet liv, de føler seg utsatt og eksponert (Nelderup et al., 2018). Pasienten erfarer at kritisksykdom og rehabilitering har betydning for livskvaliteten senere i livet. Oppfølging er viktig for å gi intensivpasientene omsorg, støtte og informasjon under hele rehabiliteringen. Dette skjer gjennom blant annet oppfølgingsamtaler med intensivpasientene og deres pårørende. Det som er viktig er at denne samtalen foregår sammen med helsepersonell som har kunnskap innen kritisk sykdom. Det er

ikke lett å få hjelp, og tilgang til etterspurte tjenester. Derfor formulerte kandidatene syntesen om manglene biter og fange opp hindringer.

Kandidatenes funn viser at de helsepersonell som deltakerne hadde tilgang til manglet kunnskap og forståelse innen intensivbehandling. Deltakerne opplevde at fastlegene manglet oversikt over tjenester. De kunne ikke gi råd og hjelpe deltakerne tilstrekkelig (Allum et al., 2018). Hjemmesykepleier ivaretar det daglige pleiebehovet, men mangler intensivkunnskap. Det samme gjaldt sykepleiere på sengeposter. Deltakerne fikk følelse av at personalet på sengepostene ble lei av dem. De manglet forståelse for hvor lang tid rehabiliteringsprosessen tok (Nelderup et al, 2018). Det er viktig at intensivsykepleierne informerer andre sykepleiere og helsepersonell om at rehabiliterings prosessene tar lang tid for den enkelte intensivpasient, slik at forståelsen øker.

Psykologtjenester var mest etterspurt, og var vanskelig å få tilgang til (Allum et al., 2018). Andre begrensinger som deltakerne oppgav var lang ventetid, ingen tjenester i enkelte områder, og mobilitetsbegrensninger (Allum et al., 2018). Dette er hva kandidatene assosierer med metaforen *manglende biter*. Fraværende støtte og råd gir grobunn til isolasjon og vanskelig forløp (Ewens et al., 2018).

Deltagelse i oppfølgingssamtalene var viktig for å *fange opp hindringene* kandidatene strevde med. Deltakelse i oppfølgingssamtalene bidro til å overvinne noen av begrensningene. Dette skjedde ved at deltakerne anerkjente og satt navn på bekymringene. Det var viktig at oppfølgingssamtalene ble gjennomført og avtalt etter pasientens behov. Deltakerne etterlyste empatisk og kunnskapsrik oppfølging. De ønsket i tillegg råd om forventet forløp (Haraldsson et al., 2015; Allum et al., 2018; Ewens et al., 2018). Begrensningene deltakerne opplevde var mange, og varierte fra pasient til pasient. Løsningene måtte tilpasses den enkelte. Dette medfører kontinuitet i oppfølgingen, og er en viktig rolle for intensivsykepleier, spesielt i oppfølgingssamtalene.

Alle oppfølgingssamtalene kandidatene fant var sykepleierledet. Her kan intensivpasientene diskutere opplevelser og få forklaringer på endrede fysiske, psykiske og mentale funksjoner. I tillegg hvilke konsekvenser dette kan få, når kritisk sykdom oppstår (Fonsmark et al., 2015). Under samtalene *deler* intensivpasienten *erfaringer*, og pasientbehovet identifiseres. Noen

deler ut brosjyrer med informasjon om konsekvenser som kan oppstå etter intensivbehandling (NSFLIS, 2011, Haraldsson et al, 2015).

Kandidatene mener at det å *dele erfaring* i oppfølgingssamtale kan være toveis. Intensivpasientene deler erfaringer ved å snakke om sin situasjon og opplevelsene de har. *Intensivpasientens opplevelse av oppfølging og erfaringen* den enkelte har er nyttig for intensivsykepleieren. Denne informasjonen kan gi økt kunnskap og erfaring hos intensivsykepleieren. Det er viktig å ha god kunnskap om pasientgruppen, Dette kan bidra til å endre eller bedre eksisterende praksis.

Det at oppfølgingssamtalen kan være toveis, betyr også at intensivsykepleierne kan dele sin erfaring ved å gi informasjon. Funnene viser at intensivpasientene får mye informasjon fra pårørende, og uttrykker at behovet for informasjon i oppfølgingssamtalene reduseres (Haraldsson et al., 2015). Samtidig etterlyses informasjon fra personer med kompetanse. Intensivsykepleierne kan gi mye av informasjon som etterlyses. Intensivsykepleierens pedagogiske og veiledende funksjon er viktig. Pasientene opplevde at intensivsykepleiere på oppfølgingssamtalen var kompetente og responderte (Allum et al., 2018).

Funnene viser at *Intensivpasientens opplevelse av oppfølging* ved å komme tilbake til intensivavdeling var smertefullt og psykisk belastende. Intensivpasientene opplevde angst, bekymringer og frykt, som medfører hindringer i dagliglivet. Intensivavdeling ble betraktet metaforisk som en uvirkelig og fremmed verden. Intensivavdelingen opplevdes som et beskyttende miljø for intensivpasientene. Når de så pasientrommet, forsto pasientene hvor syke de var. Bitene falt på plass (Haraldsson et al, 2015; Allum et al., 2018; Engstrøm et al., 2018).

Kandidatens funn viser at deltakerne ønsket å legge intensivopplevelsen bak seg og gå videre i livet. Da syntesen *lukke kapitelet intensivopplevelse og gå videre* ble til som følge av dette. Da vi laget syntesen, gav denne en følelse av sammenheng for intensivpasientene. Oppfølgingssamtalen kan bidra til at intensivpasienten for en forståelse av stimuli han utsettes for ved kritiske sykdom. Dette kan avdekkes under oppfølgingssamtalen, og i hvilken grad de har ressurs til å håndtere situasjonen. Ved å finne mening i situasjonen kan dette gi

motivasjon til å håndtere situasjonen. Dette er i tråd med salutogenesen til Antonowsky (2012, s.39 –40).

Ved å sette søkelys på fremtiden, men med utgangspunkt i fortiden, slik oppfølgingssamtalen gjennomføres. Skapes forståelse og mening. Dette er en viktig prosess i rehabiliteringsfasen. Intensivsykepleierne ivaretar intensivpasientene ved å støtte deres opplevelser og skape mening i situasjonen. Dette hjelper intensivpatienten på vei mot ny erkjennelse (Palesjø et al., 2015).

Kandidatens funn viser at *Intensivpasientens opplevde oppfølgingssamtalen* som styrkende og verdifulle. De husket ikke alt, men får detaljene om intensivoppholdet under oppfølgingssamtalen. Deltakerne fikk mulighet til å bearbeide vanskelige opplevelser, og mulighet til å snakke om marerittene. Dette bidro til å gjøre det unormale forklarbart. De fikk også mulighet til å anerkjenne og sette navn på bekymringene.

Oppfølgingssamtalene økte forståelsen av opplevelsene de hadde vært igjennom, og gav de muligheten til å gå videre. Oppfølgingssamtalen reduserte risikoen for depresjon. Når de fikk innkalling og kom til samtalen fikk de en følelse av å bli husket, bli ivaretatt og det føles godt (Engstrøm et al., 2015; Haraldsson et al., 2015; Allum et al., 2018).

Kandidatens forståelse av *intensivpasientens opplevelse av oppfølgingsbesøket* på avdelingen oppleves først tungt. Deltakerne følte seg sårbar når de tilbake til intensivavdelingen. De opplever et følelsesmessig kaos. De har ubehagelige minner. Når oppfølgingssamtalen ble gjennomført virket opplevelsen mer håndterbar og de var takknemlige.

### *Dagbok gir styrke*

Dagbok til intensivpatienten kan være en måte å forebygge sen-plager på (Nasjonale anbefalinger av NSFLIS fra 2011; Blair, Eccleston, Binder, McCarthy, 2017). I dagboken blir kritiske livstruende situasjonene forklart fra et profesjonelt synspunkt. Dette kan være vanskelig å forstå for pasienten. Det kan skape enda mer forvirring (Palesjø et al., 2015).

Kandidatens funn viser at dagboken var skrevet enten av sykepleier eller pårørende. Når pårørende skriver omtales den som privat dagbok. Det å ta bilder var en del av dagboken. Dagboken og bildene var viktige kilder for å dele følelser, bekymringer, gleder og håp under og etter intensivoppholdet. *Pasientens opplevelse av oppfølging* ved dagbok var at *dagboken gav styrke* og mestring i de uvirkelige omstendighetene deltakerne og deres pårørende gjennomgikk. Noen hadde et ønske om å fortsette å skrive dagboken etter utskrivelse fra intensivavdelingen (Engstrøm et al., 2015; Haraldsson et al., 2015; Olsen et al., 2017).

Enkelte ganger utløser det å lese i dagboken intense ubehagelige følelser (Palesjø et al., 2015). Våre funn beskriver at det å lese i dagboken var følelsesmessig krevende for deltakerne. Noen opplevde ingen nytte av dagboken og hadde heller ikke ønske om å lese i den (Haraldsson et al., 2018). Enkelte følte seg ikke klar til å lese i dagboken (Engstrøm et al., 2015). Bilder tatt under intensivoppholdet opplevdes urovekkende. Alt var så uvirkelig, men bilder kunne gjort en forskjell (Olsen et al., 2017). For noen ble bildene et bevis på at marerittene og de indre bildene var virkelige. Bitene falt sakte, men sikkert på plass.

En av kandidatene har erfaring med dagbokskrivning. Ved oppstart av dagbok og før man tar bilder må skriftlig samtykke fra intensivpasientene være på plass. Intensivpasienter er noen ganger ikke samtykkekompetente. I de tilfeller er det viktig at pårørende inntreffer rollen og eventuell gir dette samtykke. Opplevelser og reaksjoner på dagboken varierer. Det å se på bildene kan være vanskelig. Kandidaten opplever at intensivsykepleier ikke alltid spør intensivpasientene om det er ønskelig å fortsette å skrive dagbok eller ta bilder etter at de våkner. Dette kan påvirke pasientens autonomi. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) regulerer forhold som påvirker pasienten rett til pleie og behandling. De fleste pasientene er avhengige av pårørende. Noe som funnene i primærstudiene også bekrefter. Pårørendes rolle var verdsatt av deltakerne, men intensivpasientenes mening om ting bør bli tatt på alvor. Dette for ikke å skape frustrasjon og en følelse av ekskludering hos intensivpasienten.

## 7 Konklusjon og konsekvenser for praksis

Intensjonen med oppgaven har vært å avdekke *pasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse*. Funnene viste at mentale, psykiske og fysiske faktorer hadde stor påvirkning på hvordan deltakerne opplevde oppfølgingen etter utskrivelse. Deltakerne var overrasket over hvor stor påvirkning de mentale og psykiske faktorene hadde betydning for rehabiliteringen og oppfølgingen. Det var viktig at deltakerne og deres pårørende fikk grundig informasjon på flere områder. Rehabiliteringen måtte tilpasses deres behov.

Pårørendes spilte en avgjørende rolle både under intensivbehandlingen og i oppfølgingen etterpå. Deltakerne opplevde disse relasjonene som både støttende og begrensende. Det oppsto en viss slitasje i relasjonen. Relasjonen var preget av avhengighet, takknemlighet og respekt. Kandidatene mener at denne relasjonslitasjen bør intensivsykepleiere være kjent med. Pårørende har en avgjørende rolle i alle fasene som intensivpasientene gjennomgår.

Det er god pasientomsorg å ivareta pårørende. Både pårørende og intensivpasientene må oppleve mestring i situasjonen. Funnene viste at relasjonen mellom pårørende og deltakerne var avgjørende for hvordan deltakerne opplevde oppfølgingen. De som hadde god relasjon til pårørende, etterlyste blant annet mindre informasjon i oppfølgingstimene, men de opplevde oppfølging som positiv. De benyttet oppfølgingen til å bearbeide minner og opplevelser.

Deltakerne etterlyste informasjon om rehabiliteringsprosessen. De var opptatt av at den i størst mulig grad var skriftlig tidlig i forløpet. Det bidro til at de kunne hente den frem flere ganger og repetere lesingen. De var også opptatt av å ikke bli ekskludert fra informasjon. Muntlig informasjon i oppfølgingssamtalene var verdsatt. Med bakgrunn i disse funn bør det utarbeides skriftlig informasjon tidlig i forløpet og muntlig informasjon bør gis i oppfølgingssamtalene. Dette vil få positiv innvirkning på intensivpasientens opplevelse av oppfølging etter utskrivelse mener kandidatene.

Funnene viste at oppfølgingssamtalene og besøk i intensivavdelingene ble oppfattet som nyttig. Deltakerne følte seg svake og sårbare. De slit med vonde minner, vanskelige tanker og mareritt. Oppfølgingssamtalen bidro til at deltakerne bearbeidet intensivopplevelsen og håndterte situasjonen bedre.

Erfaringen med bruk av dagbok og dagbok med bilder ble ulikt erfart av deltakerne. Mange benyttet dagboken til å bearbeide manglende minner og de fikk en forståelse av hva som hadde skjedd. Enkelte hevdet at de ikke hadde nytte av dagboken. Det å se på bildene, var for noen av deltakerne skremmende.

Mange opplevde en viss rehabiliteringsforvirring. Rehabiliteringen tok lengre tid enn det de forventet. De mentale og psykiske faktorene hadde betydelig betydning for rehabiliteringen og oppfølgingen. I tillegg hadde de fysiske begrensinger og manglet fleksibilitet som påvirket opplevelsen av oppfølging. Deltakerne opplevde enkelte ganger at det var vanskelig å få den hjelpen de hadde behov for. Opplevelsen deltakerne hadde av oppfølging etter utskrivelse var at de fikk hjelp til å få på plass manglende biter og situasjonen ble mer forståelig. Slik at de kunne komme videre i livet.

Kandidatene har erfart at det er lite utarbeidet felles retningslinjer for hvordan intensivpasientene skal følges opp etter utskrivelse. Denne pasientgruppen får ikke lik oppfølging. Like-behandling er en sentral målsetning for helsetjenesten. Deltakerne oppgir at det er verdifullt å bli fulgt opp. Oppfølgingsprogram og informasjon i rehabiliteringsprosessen bør også innbefatte pasientens opplevelse av oppfølging.

## Litteraturliste

- Agård, A. S., Egerod, I., Tønnesen, E., & Lomborg, K. (2012). Struggling for independence: a grounded theory study on convalescence of ICU survivors 12 months post ICU discharge. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(2), 105-113  
Doi: 10.1016/j.iccn.2012.01.008
- Ahlberg, M., Bäckman, C., Jones, C., Walther, S., & Hollman Frisman, G. (2015). Moving on in life after intensive care—partners' experience of group communication. *Nursing in critical care*, 20(5), 256-263
- Allum, L., Connolly, B., & McKeown, E. (2018). Meeting the needs of critical care patients after discharge home: a qualitative exploratory study of patient perspectives. *Nursing in critical care*, 23(6), 316-323  
Doi: 10.1111/nicc.12305
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium - Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Blair, K. T. A., Eccleston, S. D., Binder, H. M., & McCarthy, M. S. (2017). Improving the patient experience by implementing an ICU diary for those at risk of post-intensive care syndrome. *Journal of patient experience*, 4(1), 4-9
- Berg, R. C., & Munthe-Kaas, H. (2013). Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norskepidemiologi*, 23(2), 131-139  
Doi.org/10.5324/nje.v23i2.1634



Bäckman, C. G., Ahlberg, M., Jones, C., & Frisman, G. H. (2018). Group meetings after critical illness—Giving and receiving strength. *Intensive and Critical Care Nursing*, 46, 86-91

Chahraoui, K., Laurent, A., Bioy, A., & Quenot, J. P. (2015). Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: a descriptive and qualitative study. *Journal of critical care*, 30(3), 599-605  
Doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.02.016

Czerwonka, A. I., Herridge, M. S., Chan, L., Chu, L. M., Matte, A., & Cameron, J. I. (2015). Changing support needs of survivors of complex critical illness and their family caregivers across the care continuum: a qualitative pilot study of Towards RECOVER. *Journal of critical care*, 30(2), 242-249  
Doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.10.017

Dalland, O. (2017). *Metode for oppgaveskriving*. Gyldendal akademisk (5.utg.)

Davidson, J. E., Harvey, M. A., Schuller, J., & Black, G. (2013). Post-intensive care syndrome: What it is and how to help prevent it. *American Nurse Today*, 8(5), 32-8.

Deacon, K. S. (2012). Re-building life after ICU: a qualitative study of the patients' perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(2), 114-122.  
Doi.org/10.1016/j.iccn.2011.11.008

Egerod, I., Risom, S. S., Thomsen, T., Storli, S. L., Eskerud, R. S., Holme, A. N., & Samuelson, K. A. (2013). ICU-recovery in Scandinavia: a comparative study of intensive care follow-up in Denmark, Norway and Sweden. *Intensive and critical care nursing*, 29(2), 103-111.

Elliott, D., Davidson, J. E., Harvey, M. A., Bemis-Dougherty, A., Hopkins, R. O., Iwashyna, T. J., ... & Black, G. (2014). Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting. *Critical care medicine*, 42(12), 2518-2526.

Engström, Å., Rogmalm, K., Marklund, L., & Wälivaara, B. M. (2015). Follow-up visit in an ICU: receiving a sense of coherence. *Nursing in critical care*, 23(6), 308-315.  
[Doi.org/10.1111/nicc.12168](https://doi.org/10.1111/nicc.12168)

Etikkom. (2010). Nettsidesøk. Hentet fra <https://www.etikkom.no/Sok/?q=bias>

Ewens, B. A., Hendricks, J. M., & Sundin, D. (2018). Surviving ICU: Stories of recovery. *Journal of advanced nursing*, 74(7), 1554- 1563 1563.  
[Doi.org/10.1111/jan.13556](https://doi.org/10.1111/jan.13556)

Fonsmark, L., & Rosendahl-Nielsen, M. (2015). Experience from multidisciplinary follow-up on critically ill patients treated in an intensive care unit. *Dan Med J*, 62(5), A5062

Hanifa, A. L. B., Glæmose, A. O., & Laursen, B. S. (2018). Picking up the pieces: Qualitative evaluation of follow-up consultations post intensive care admission. *Intensive and Critical Care Nursing*, 48, 85-91

Haraldsson, L., Christensson, L., Conlon, L., & Henricson, M. (2015). The experiences of ICU patients during follow-up sessions—A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), 223-231.  
[Doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.002)

Helsebiblioteket. (2018). Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie. Hentet fra:  
[https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste-eller-file:///C:/Users/Dell/Downloads/Sjekkliste%20Kvalitativ%202020%20\(3\).pdf](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste-eller-file:///C:/Users/Dell/Downloads/Sjekkliste%20Kvalitativ%202020%20(3).pdf)

Helsebiblioteket. (2019). Mini metodevurdering. Hjelp til litteratursøk. Hentet fra:  
<https://www.helsebiblioteket.no/minimetodevurdering/litteraturs%C3%B8k>

Helsefaglig forskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=Forskningsetikklovens%20med%20krav%20til%20samtykke#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=Forskningsetikklovens%20med%20krav%20til%20samtykke#KAPITTEL_4)

Helse- og omsorgsdepartementet (1999). Pasient- og brukerrettighetsloven. (LOV 2020-06-19-79). Hentet fra:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/#KAPITTEL_3)

Hinton, L., Locock, L., & Knight, M. (2015). Maternal critical care: what can we learn from patient experience? A qualitative study. *BMJ open*, 5(4)  
Doi:10.1136/bmjopen-2014- 006676

Institutt for sykepleie og helsefremmede arbeid (2018). Masterhåndbok: veiledende retningslinjer for masteroppgave i anestesi, barne- og intensivsykepleie. Fakultet for helsevitenskap. OsloMet – storbyuniversitet. Revidert (10.09.19)

Jackson, J., Ely, E. W., Morey, M. C., Anderson, V. M., Siebert, C. S., Denne, L. B. & Schiro, E. (2012). Cognitive and physical rehabilitation of ICU survivors: results of the RETURN randomized, controlled pilot investigation. *Critical care medicine*, 40(4), 1088 Doi: 10.1097/CCM.0b013e3182373115

Jensen, J. F., Overgaard, D., Bestle, M. H., Christensen, D. F., & Egerod, I. (2016). Towards a new orientation: a qualitative longitudinal study of an intensive care recovery programme. *Journal of clinical nursing*, 26(1-2), 77-90

Jones, C., Bäckman, C., Capuzzo, M., Egerod, I., Flaatten, H., Granja, C., Griffiths, R. D. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post-traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Critical Care (London, England)*, 14(5), R168-R168. Doi: 10.1186/cc9260

Jones, C. (2014). Recovery post ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(5), 239-245

Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (5. utg. ed.)*. Oslo: Abstrakt

Karlsson, V., Bergbom, I., Ringdal, M., & Jonsson, A. (2016). After discharge home: a qualitative analysis of older ICU patients' experiences and care needs. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), 749-756  
Doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1111/scs.12301

Karnatovskaia, L. V., Johnson, M. M., Benzo, R. P., & Gajic, O. (2015). The spectrum of psychocognitive morbidity in the critically ill: a review of the literature and call for improvement. *Journal of critical care*, 30(1), 130-137

Kowalczyk, M., Nestorowicz, A., Fijalkowska, A., & Kwiatosz-Muc, M. (2013). Emotional sequelae among survivors of critical illness: a long-term retrospective study. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*, 30(3), 111-118

Kress, J. P., & Hall, J. B. (2014). ICU-acquired weakness and recovery from critical illness. *New England Journal of Medicine*, 370(17), 1626-1635

Legeforeningen. Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge (2014). Norsk Anestesiologisk Forening. NSFLIS. Hentet fra:  
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/3248b779580a4cfb9c57bef6dece3eca/retningslinjer-for-intensivvirksomhetnorge-23102014.pdf>

Maley, J. H., & Mikkelsen, M. E. (2017). The Post-intensive Care Syndrome. In *Evidence-Based Critical Care* (pp. 281-286). Springer, Cham

Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode I medisin og helsefag*. Oslo: Univeristetesforlaget

Malterud, K. (2017a). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget

Malterud, K. (2018). *Metodebok for ikke forskere*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., & Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC health services research*, 14(1), 579

DOI: [org/10.1186/s12913-014-0579-0](https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0)

Mikkelsen, M. E., Netzer, G., & Iwashyna, T. (2018). Post-intensive care syndrome (PICS). *Uptodate. com*

Myhren, H., Ekeberg, Ø., & Stokland, O. (2010). Health-related quality of life and return to work after critical illness in general intensive care unit patients: a 1-year follow-up study. *Critical Care Medicine*, 38(7), 1554-1561  
Doi: [10.1097/CCM.0b013e3181e2c8b1](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e2c8b1)

Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., ... & Brady, S. L. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Critical care medicine*, 40(2), 502-509

Nelderup, M., Simonsson, A., & Samuelson, K. (2018). Intensive care survivors' experiences of recovery after hospital discharge: A qualitative interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(4), 196-203

Njoku, M., Picard, R., & Mahoney, A. (2018). ICU survivors' perspective on the need for a post-ICU support program to improve psychosocial aspects of quality of life. *Australian Critical Care*, 31(2), 137.

Doi:10.1016/j.aucc.2017.12.071

Noblit GW, Hare RD (1988). Meta-Ethnography:Synthesizing Qualitative Studies. Newbury Park: Sage Publications

Norsk sykepleie forbund landsgruppen for intensivsykepleiere. (2011). Nasjonale anbefalinger for bruk av dagbok til pasienter ved norske intensivavdelinger.

Hentet fra:

<https://www.nsf.no/Content/795419/Nasjonale%20anbefalinger%20for%20bruk%20av%20dagbok.pdf>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). Jobb kunnskapsbasert - en arbeidsbok. Oslo: Akribe AS.

NSFLIS. (2002). Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere.Revidert (08.12, 2015). Hentet fra:

[https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%20\\_](https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%20_)

NSFLIS. (2014). Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. Den norske legeforeningen.

Hentet fra:

<http://nafweb.com/dokumenter/retninglinjer-for-intensivvirksomhet-2014.pdf>

Nylenna, M. (2015). Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra:

[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/2015\\_handbok\\_slik\\_oppsummerer\\_vi\\_forskning.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/2015_handbok_slik_oppsummerer_vi_forskning.pdf)

Oeyen, S. G., Vandijck, D. M., Benoit, D. D., Annemans, L., & Decruyenaere, J. M. (2010). Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. *Critical Care Medicine*, 38(12), 2386-2400.  
Doi: 10.1097/CCM.0b013e3181f3dec5

O’Gara, G., Tuddenham, S., & Pattison, N. (2018). Haemato-oncology patients’ perceptions of health-related quality of life after critical illness: A qualitative phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 76-84

Olsen, K. D., Nester, M., & Hansen, B. S. (2017). Evaluating the past to improve the future—A qualitative study of ICU patients’ experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 43, 61-67

Palesjö, C., Nordgren, L., & Asp, M. (2015). Being in a critical illness-recovery process: a phenomenological hermeneutical study. *Journal of clinical nursing*, 24(23-24), 3494-3502  
Doi.org/10.1111/jocn.13002

Pattison N, Dolan S. (2009). Exploring patients’ experiences of a nurse-led follow-up service after critical care. *Nursing Times*; 1085: 16–19

Pattison, N., O’Gara, G., & Rattray, J. (2015). After critical care: patient support after critical care. A mixed method longitudinal study using email interviews and questionnaires. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), 213-222



Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: WoltersKluwer

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: WoltersKluwer.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.). Philadelphia: WoltersKluwer

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.). Philadelphia: WoltersKluwer  
156

Prinjha, S., Field, K., & Rowan, K. (2009). What patients think about ICU follow-up services: a qualitative study. *Critical Care*, 13(2), R46

Ramsay, P., Huby, G., Thompson, A., & Walsh, T. (2014). Intensive care survivors' experiences of ward-based care: Meleis' theory of nursing transitions and role development among critical care outreach services. *Journal of clinical nursing*, 23(5-6), 605-615 DOI: [10.1111/jocn.12452](https://doi.org/10.1111/jocn.12452)

Radigan, K. (2018). Critical Illness-related Corticosteroid Insufficiency: What's New?. *Critical Care Alert*, 26(1), 4-6

Rattray, J., Crocker, C., Jones, M., & Connaghan, J. (2010). Patients' perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre study. *Nursing in critical care*, 15(2), 86-93

Reinar, L. M., & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt. *Sykepleien forskning*, 3, 238-246

Ringdal, M., Plos, K., Örténwall, P., & Bergbom, I. (2010). Memories and health-related quality of life after intensive care: A follow-up study. *Critical care medicine*, 38(1), 38-44. Doi:10.1097/CCM.0b013e3181b42909

Schandl AR, Brattstrom OR, Svensson-Raskh A, Hellgren EM, Falkenhav MD, Sackey PV. (2011). Screening and treatment of problems after intensive care: a descriptive study of multidisciplinary follow-up. *Intensive & Critical Care Nursing*; 27: 94–101  
Doi:10.1016/j.iccn.2011.01.006

Stayt, L. C., Seers, K., & Tutton, L. (2016). Making sense of it: intensive care patients' phenomenological accounts of story construction. *Nursing in critical care*, 21(4), 225-232. Doi.org/10.1111/nicc.12224

Store norske leksikon (2020). Hentet fra: <https://snl.no.no/resiprok>

Storli, S. L., & Lind, R. (2009). The meaning of follow-up in intensive care: patients' perspective. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(1), 45-56  
Doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00589.x

Stubberud, D.-G. (2015). *Intensivsykepleie. Utskrivning fra intensivavdeling s. 296 - 311*. Oslo: Cappelen Damm akademisk. (3.utg.).

Stubberud, D.-G. (2020). Intensivsykepleie. Oppfølging av pasienten etter utskrivning fra intensivavdeling s.224-232. Oslo: Cappelen Damm akademisk. (4.utg.)

Stubberud, D. G. (2020). Intensivsykepleie. Sykepleierens funksjon og ansvar. s.47-51 & s. 67-74. Oslo: Cappelen Damm akademisk. (4.utg.)

Stubberud, D.-G. (2020). Intensivsykepleie. Å ivareta pasientens psykososiale behov. s.79-110. Oslo: Cappelen Damm akademisk. (4.utg.)

Svellingen, A. H. (2013). Follow-up conversation - a mandatory offer for the intensive care patient who received a diary?. *Inspira* (3), S.18-22

Svenningsen, H., Egerod, I., & Dreyer, P. (2016). Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2807-2815  
Doi.org/10.1111/jocn.13318

Svenningsen, H., Langhorn, L., Ågård, A. S., & Dreyer, P. (2017). Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. *Nursing in critical care*, 22(4), 212-220. Doi.org/10.1111/nicc.12165

Søreide, E., Flatland, S., Flaatten, H., Helset, E., Haavind, A., Klepstad, P., & Vinorum, O. G. (2014). Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge.

Hentet fra:

[https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer\\_for\\_IntensivvirksomhetNORGE\\_23,10](https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNORGE_23,10)

- Thurston, L. M., Milnes, S. L., Hodgson, C. L., Berkovic, D. E., Ayton, D. R., Iwashyna, T. J., & Orford, N. R. (2020). Defining patient-centered recovery after critical illness—A qualitative study. *Journal of critical care*, 57, 84-90
- Ullman, A. J., Aitken, L. M., Rattray, J., Kenardy, J., Le Brocque, R., MacGillivray, S., & Hull, A. M. (2015). Intensive care diaries to promote recovery for patients and families after critical illness: a Cochrane systematic review. *International journal of nursing studies*, 52(7), 1243-1253
- Warlan, H., Howland, L., & Connelly, C. (2016). Detection of posttraumatic stress symptoms in patients after discharge from intensive care. *American Journal of Critical Care*, 25(6), 509-515
- Ågård, A. S., Egerod, I., Tønnesen, E., & Lomborg, K. (2012). Struggling for independence: a grounded theory study on convalescence of ICU survivors 12 months post ICU discharge. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(2), 105-113  
Doi:10.1016/j.iccn.2012.01.008
- Ågård, A. S., Lomborg, K., Tønnesen, E., & Egerod, I. (2014). Rehabilitation activities, outpatient visits and employment in patients and partners the first year after ICU: a descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(2), 101-110.
- Åkerman, E. & Eriksson, A. (2017). SIR-seminarium för Uppföljning av patienter efter Intwensivvård. *SAFI-Tidningen* 2017;23(4), s.221-222  
[https://sfai.se/wp-content/uploads/2018/01/SFAItidningen\\_4\\_2017.pdf](https://sfai.se/wp-content/uploads/2018/01/SFAItidningen_4_2017.pdf)

Åkerman, E., & Langius-Eklöf, A. (2018). The impact of follow-up visits and diaries on patient outcome after discharge from intensive care: a descriptive and explorative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 49, 14-20

Doi: 10.1016/j.iccn.2018.09.002

## Vedlegg 1

<b>Ekskluderte kandidatartikler</b>	
Første forfatter/ År	Tittel Beskrivelse og vurdering av artikkel for inklusjon
1. Thorston (2020)	<p><b>“Defining patient-centered recovery after critical illness – A qualitative study”</b></p> <p>Studien er en beskrivende kvalitativ studie med pasientperspektiv. Den viser at omsorgs og pasientoppfatninger kan endre utvinings resultatene hos pasientene. Den viser også opplevelse av omsorg under oppholdet på sykehuset varierer fra tilstand, den måten pasienten får omsorg på, kommunikasjon og støtte. Godt beskrevet Inklusjon og eksklusjonskriterier. Det er inkludert 35 deltakere av begge kjønn, med respiratorbehandling &gt;24 timer på intensivavdeling, median alder 64 år. Intervjuene ble tatt 6 måneder etter utskrivelse fra intensivavdeling i 2016 og 2017. Datasamling av fire forskere Tematisk analyse, dataene ble kodet og transkribert. Hovedkategorier ble identifisert og gruppert i store temaer og undertemaer. Den viser troverdighet og gyldighet av temaer gjennom diskusjoner og tilbakemeldinger mellom forskerne. Studien er godkjent av Human Forskningsetiske komite. Deltakerne hadde ingen form for intensivoppfølging da de ble intervjuet. Dette utfyller ikke våre inklusjonskriterier.</p> <p><b>Vurdering:</b> Artikkelen ekskluderes.</p>
2. Hanifa (2018)	<p><b>“Picking up the pieces: Qualitative evaluation of follow-up consultations post intensive care admission”</b></p> <p>Hensikten i studien var å få kunnskap om oppfølgings form og innhold, og viktigheten av den. Oppfølgingen ga deltakerne forståelse om PICS, og følelse av hvor kritisk syke de var. Det var viktig å føle at de tilhørte en normalgruppe postintensiv pasienter. Oppfølgingen reduserte angst hos deltakere og pårørende, og noen av deltakerne ble henvist til videre oppfølging. To-delt studie, utført av tre intensivsykepleiere. Etnografi valgt som metode. Datainnsamling ved observasjoner og semistrukturert intervju hos ti deltakere med sykepleieleddet oppfølging 3 måneder etter utskrivelse. Tidspunktene for intervju var avhengig av hvor langt deltakerne hadde kommet i rehabiliteringen. Intervjuguide vises. Dataene ble analysert ved å benytte hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Dataene transkribert og kodet, og det var undersøkt likheter og forskjeller mellom intervjuene. Fem hovedtemaer ble avdekket. Artikkelen godkjent av det regionale danske databekyttelsesbyrået. Studien har pårørendeperspektiv som er en av eksklusjonskriteriene</p> <p><b>Vurdering:</b> studien ekskluderes.</p>
3. Njoku (2018)	<p><b>“ICU survivors’ perspective on the need for a post-ICU support program to improve psychosocial aspects of quality of life”</b></p> <p>Studien viser intensivpasientens opplevelse av intensivopphold og bedring av helsetilstand etter utskrivelse. Deltakerne opplevde stor informasjons behov, og sosialstøtte. Dette kan gi</p>

	<p>muligheten til å lære mer om opplevelsen, forstå forventningene til bedring og få psykososial støtte, og forståelse. Den er en enkelt undersøkelse. Rekruttert 19 deltakere tre måneder etter utskrivning fra intensivavdeling, men ingen mer opplysning om utvalget. Ingen informasjon om inklusjon og eksklusjonskriterier. Datasamling ved telefonintervju og semistrukturert intervju. Tematisk analyse ble brukt for å analysere deltakernes svar og bestemme fenomenene fra dataene. Identifisert fire hovedtemaer.</p> <p>Det oppgis ikke om den er fagfelle vurdert, derfor mangler den troverdighet. I tillegg er artikkelen for kort beskrevet, og den er ikke mer enn en side.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
4. OGara (2018)	<p><b>“Haemato-oncology patients’ perceptions of health-related quality of life after critical illness: A qualitative phenomenological study”</b></p> <p>Studien handler om helse relatert livskvalitet etter kroniske, kritiske sykdommen blodkreft. Den viser at kreftsykdom fører også til PTSD utvikling som akutte sykdom. Studien utforsket hvordan helsepersonell kan gi langsiktig støtte, fordi bidraget og støtten fra helsepersonell, familie, partnere og venner ble sett på som et kritisk element i den langsiktige bedringsopplevelsen. Datasamling med dybdeintervju utført av tre sykepleierforskere tre til halvannet år etter utskrivning fra intensivavdeling. Intervjuguide benyttet. Fem hovedtemaer ble avdekket. Hermeneutisk fenomenologisk tilnærming der intervjuernes antagelser ble anerkjent og vurdert før og under intervjuene. Troverdighet og bekreft barhet oppnådd gjennom dagbøker, fagfellevurdering og mange direkte sitater som presentert i artikkelen. Etisk godkjent av forskningsetisk komité.</p> <p>Artikkelen har et pårørendeperspektiv som er et av våre eksklusjonskriterier.</p> <p><b>Vurdering:</b> studien ekskluderes.</p>
5. Åkerman (2018)	<p><b>“The impact of follow-up visits and diaries on patient outcome after discharge from intensive care: A descriptive and explorative study”</b></p> <p>Dette er en beskrivende og utforskende kohort studie. Artikkelen undersøkte historier om bedring, med deltakere av begge kjønn, mellom 30-84 år, som var innlagt på intensivavdeling, og mekanisk ventilert &gt;24 timer. Klare inklusjonskriterier, og demografisk data ble presentert. Utført på fire svenske intensivavdelinger med 441 deltakere. Datasamling ved tre-sett spørreskjema. Deltakerne ble delt i grupper utfra når de svarte på spørreskjema og om de hadde eller ikke oppfølgingsbesøk eller dagbok. Analyse ved den statistiske pakken for samfunnsvitenskapene. Oppfølgingsbesøk og dagbok verdsatt, og ble regnet som oppfølgingsverktøy. Studien har en kvantitativ metode som er en av våre eksklusjons-kriterier</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
6. Åkerman (2017)	<p><b>«SIR-seminarium for oppfølging av pasienter etter intensivvård»</b></p> <p>Dette er rapport fra et seminar om pasientoppfølging og registrering av data i et svensk registreringssystem (SIR). SIR ble opprettet i 2005 for å registrere data fra oppfølging av pasienter etter intensivbehandling. Det benyttet kun fem referanser i rapporten. Ingen av studiene presentert i seminaret var aktuelle for vår problemstilling.</p> <p>Artikkelen oppgir ikke data om deltakernes opplevelse av oppfølging</p>

	<b>Vurdering:</b> studien ekskluderes.
7. Jensen (2016)	<p><b>“Towards a new orientation: a qualitative longitudinell study of an intensive care recovery program”</b></p> <p>Randomisert kontrollert studie (RAPIT-studie). Data samlet ved 36 konsultasjoner, med 12 deltakere fra danske intensivavdelinger. Første konsultasjon utført ved fysisk oppmøte, og andre og tredje via telefon. Klart utforskende mål. Tilpassende design for artikkelens mål. Rikt datamaterialet, og dataene ble analysert på tre tidspunkter. Overførbart funn.</p> <p>Artikkelen er randomisert kontrollert som er en av de eksklusjonskriteriene.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
8. Karlsen (2016)	<p><b>“After discharge home: a qualitative analysis of older ICU patients’ experiences and care needs”</b></p> <p>Studiens hensikt var å utforske og beskrive eldre pasients opplevelser av bedring og omsorgsbehov innen to måneder etter utskrivning fra sykehus. En fenomenologisk tilnærming. Inklusjonskriteriene er godt presentert. Den er utført av tre forskere. Inkludert 15 deltakere. Datainnsamling ved telefon intervju. Dataene ble kodet. Identifisert flere temaer ved dataanalyse. Den viser troverdighet i analysedelen ved å hente sitater fra intervjuene. Mye teori.</p> <p>Artikkelen handler ikke om deltakernes opplevelse av oppfølging etter utskrivelse fra sykehus, utfyller ikke våre kriterier.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
9. Svenningsen (2016)	<p><b>“Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur’s interpretation theory”</b></p> <p>Studien beskriver tidligere intensivpasienters minner om vrangforestillinger. Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Klare inklusjons og eksklusjonskriterier. Datasamling ved konsultasjon og telefon intervju med deltakere innlagt &gt;48 timer på intensivavdeling. Metoden besto av flere nivåer av tolkning: ikke lest, strukturell analyse, kritisk analyse og diskusjon. Analyse inspirert av Ricoeur’s fortolkningsteori. Fire temaer dukket opp.</p> <p>Artikkelen svarer ikke vår problemstilling.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
10. Stayt (2016)	<p><b>“Making sense of it: intensive care patients’ phenomenological accounts of story construction”</b></p> <p>Studien er en enkel undersøkelse i Storbritannia med et utvalg kun bestående av hvite europeere. Deltakernes opplevelse av å være pasient i det tekniske miljøet som ved intensivavdeling ble undersøkt. Semistrukturert intervju ble gjennomført med 19 deltakere som hadde vært på intensivavdeling i minst 4 dager. Intervjuene transkribert og analysert ved å bruke Van Manens rammer for tematisk analyse. Data analyse ved hjelp av fenomenologisk hermeneutikk tilnærming.</p> <p>Utvalget i den studien er begrenset, og den har begrenset data. I tillegg svarer studien ikke problemstilling.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>



<p>11 Warlan (2016)</p>	<p><b>“Detection of posttraumatic stress symptoms in patients after discharge from intensive care”</b></p> <p>Studien belyser temaet PTSD og bruk av screeningsverktøy. Deltakerne mente at det var lette å bruke screenings verktøyet. Det var inkludert 41 deltakere. Resultatet bidrar til en forståelse av behov for bruk av screeningsverktøy. Godkjenning ble utført ved UC San Diego Health.</p> <p>Den er en kvantitativ forskning som er en av eksklusjonskriterier.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
<p>12 Ahelberg (2015)</p>	<p><b>“Moving on in life after intensive care—partners’ experience of group communication”</b></p> <p>Studien beskriver partneres opplevelse av deltakelse i gruppesamtale med andre partnere til tidligere intensivpasienter. Den har to data kilder, den ene datasamling fra to gruppesamtale, og fra intervju av 6 partnere, og den andre fra dagbok som deltakerne skrev etter samtalene. Første gruppesamtale førte til litt nervøsitet og opplevd traumatisk av å trekke frem følelser pasientene hadde undertrykt og glemt, men andre runde følte lettere, og den ga følelse av samvær og bekreftelse. Studien viser at gruppesamtale og dagbok er en kilde til komfort og sikkerhet, og den kan forebygge PTSD, og den er en vei for pasientrehabilitering. Denne er veldig beskrivende og innholdsrik studie om pasient og pårørendeoppfølging.</p> <p>Artikkelen inneholder pårørendeperspektiv og dette er en av eksklusjonskriterier.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
<p>13. Chahraoui (2015)</p>	<p><b>“Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: a descriptive and qualitative study”</b></p> <p>Studien beskriver psykologiske opplevelser hos tidligere intensivpasienter 3 måneder etter utskrivelse fra intensiv avdeling. Den viser viktighet med systematiskoppfølging for å identifisere pasientenes psykiske problemer. Den har en kvalitativ tilnærming basert på semidirekte intervjuer med 20 deltakere, og tematiske koding.</p> <p>Kandidatene er ute etter kvalitative data. Den studien benytter både kvantitative og kvalitative data ved å benytte spørreskjema med lukket spørsmål for å samle flest mulig data. Det er en av våre eksklusjonskriterier.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
<p>14. Czervwonka (2015)</p>	<p><b>“Changing support needs of survivors of complex critical illness and their family caregivers across the care continuum: a qualitative pilot study of Towards RECOVER”</b></p> <p>Studien undersøkte den støtten pasientene fikk etter et intensivopphold, og hvordan de mottok støtten. Datasamling ved dybde intervjuer ved oppmøte, eller over telefon med eller uten pårørende. Inkludert 5 tidligere intensivpasienter og 7 familiemedlemmer. Hver deltaker ble intervjuet flere ganger i løpet av 2 år for å ha de kvalitative intervjuene parallelt med tidspunktet for de kvantitative vurderingene av pilotstudien. Intervjuer ble transkribert. Dataene kodet ved 2 kvalitativ programvare. En overordnet tema og tre undertemaer identifisert. Temaer ble diskutert inntil en enighet ble nådd, og bekreftet av en tredje forfatter som var kjent med dataene. Dette viser nøyaktighet og troverdighet av resultatene. Studieprotokollen ble godkjent av Institusjonelle forskningsetiske styre. Studien har pårørendeperspektiv, da de ble også intervjuet, og den er en av de vår eksklusjonskriterie.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>

<p>15. Hinton (2015)</p>	<p><b>“Maternal critical care: what can we learn from patient experience? A qualitative study”</b></p> <p>Studien presenterer resultatene fra intervju av kritisk syke mødre i Storbritannia. En kvalitativ tolkende tilnærming, kombinert med tematisk analyse og en metaetnografi av opplevelser av traumatiske fødsler. Klare inklusjon og eksklusjons kriterier. Inkludert 35 mødre som ble innlagt på intensivavdeling og 11 partnere.</p> <p>Pasientgruppen blir utenfor hva vi ønsker å ha fokus på. I tillegg inneholder studien partnererfaringer ved å være pårørende til en kritisk syke, denne er en av eksklusjonskriteriene.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
<p>16. Palesjø (2015)</p>	<p><b>“Being in a critical illness-recovery process: a phenomenological hermeneutical study”</b></p> <p>Studien beskriver utfordringer og viktige momenter deltakerne opplever, og utfordringer de har. Den viste at gjenoppretingsprosessen for deltakerne var en eksistensiell kamp med en ukjent kropp og vanlig liv, en kamp for å skape mening og sammenheng fra skumle minner. Og den viser pasienter overlever kritisk sykdom har enormt behov for pleie og støtte under hele gjenoppretings prosessen. Datasamling med intervju, med 7 deltakere av begge kjønn, over 18 år. Intervjuer gjennomført to til fire år etter at et intensivopphold i Sverige. Det er godt beskrevet inklusjon og eksklusjonskriterier, og hvordan deltakerne valgt ut. Begrunnelse er beskrevet for hvorfor tre deltakere trakk seg tilbake fra studien. Deltakernes sykdomsbakgrunn er presentert, og dette gir leser mer informasjon om utvalget. Dataene analysert, reflektert og fortolket ved dialog mellom forskerne. Metoden er kvalitativ fenomenologisk hermeneutikk tilnærming i tre trinn. Trinnene er en bevegelse mellom helhet og delene i intervjueteksten. Trinn en: Naiv forståelse utvikler mens intervjueteksten leses. Trinn to: Strukturanalyse ved å fokusere på å forklare fenomenet. Trinn tre: omfattende forståelse preget av en kritisk syntese av de utviklende resultatene. Det er identifisert tre hovedtemaer og ni undertemaer. Resultatene kan brukes i dagens praksis. Studien er etisk godkjent</p> <p>Studien viser deres utfordringer, og viktigheten av oppfølging etter utskrivelse fra et intensivopphold, men det er ikke beskrevet noe om informantenes opplevelse av en oppfølging. Studien svarer ikke vår problemstilling.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
<p>17. Svenningsen (2015)</p>	<p><b>“Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review”</b></p> <p>Denne er en oversikts artikkel som utdyper delir og opplevelse av denne tilstanden.</p> <p>Oversikts artikkel er en av våre eksklusjonskriterier.</p> <p><b>Vurdering:</b> Artikkelen ekskluderes.</p>
<p>18. Ramsay (2014)</p>	<p><b>“Intensive care survivors’ experiences of ward based care: Meleis’ theory of nursing transitions and role development among critical care outreach service”</b></p> <p>Studien utforsker de psykososiale behovene til utskrevne intensivpasienter etter utskrivelse fra intensivavdeling. Deltakerne beskrev en følelse av frakopling i forhold til dyp svekkelse og avhengighet. De opplevde mangel på forståelse, likegyldighet eller ufølsomhet blant avdelingspleierne til deres grunnleggende omsorg behov.</p>

	<p>Tjue mekanisk ventilerte deltakere i Skottland ble inkludert i studien til å diskutere sine erfaringer ved to intensivavdelinger. I datanalysen ble brukt Meleis et al.'s mellomklasse teori for å forklare deltakernes opplevelser av psykososial nød gjennom hele overgangen. Dette kan hjelpe fremtidige rolleutviklingen av kritisk omsorgsoppsøkende, og oppfølgingstjenester kan være mer teoretisk informert. Resultatene er relevans for klinisk praksis. Etisk komite involvert, doktorgradsforskning.</p> <p>Problemstillingen er omfattende og med flere spørsmål. Den favner både pasienterfaring, men har også mål i å utvikle oppfølgingstjenesten for kritisk syke pasienten som har vært intensivpasienter. Den beskriver ikke pasientens opplevelse av oppfølging.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
19. Svellingen (2013)	<p><b>“ Follow-up conversation - a mandatory offer for the intensive care patient who received a diary?”</b></p> <p>Hensikten var å finne ut hvordan oppfølgingssamtale kan organiseres og innlemmes som en del av omsorgen til intensivpasienten. Studien viste at dagbok og pasientsamtale er viktig og utfyllende for bearbeidelse av pasientens opplevelser. Og oppfølgingssamtale burde være obligatorisk for intensivpasienter som har mottatt dagbok. Datasamling ved pasientdagbok og intervju med 5 intensivsykepleiere med ansvar for oppfølgingssamtaler, fra ulike sykehus. Dataene ble analysert i tre nivåer som selvforståelse, kritisk forståelse og teoretisk forståelse i tråd med Kvale`s anvisninger for analyse av kvalitativt materiale. Den har 15 referanser.</p> <p>Studien har ikke pasientperspektivet, og den utgår på bakgrunn av dette.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
20. Deacon (2012)	<p><b>“Re-building life after ICU: a qualitative study of the patients’ perspective “</b></p> <p>Studien har søkelys på pasientens behov for hjelp etter utskrivelse med tanke på et tilpassende rehabiliteringsprogram og støtte til disse pasientene. Denne er basert på pasients erfaringer, og fortolkninger. For datasamling benyttet Online spørreskjema med åpne spørsmål hos 35 intensivpasienter. Dataene ble analysert ved hjelp av fenomenologisk hermeneutikk tilnærming. Studien har også sykepleieperspektiv, og den er ikke helt i tråd med det vi er ute etter.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
21. Ågård (2012)	<p><b>“Struggling for independence: a grounded theory study on convalescence of ICU survivors 12 months post ICU discharge”</b></p> <p>Studien handler om intensivpasientens utfordringer cirka ett år etter utskrivelse fra intensivavdeling. Studien viser at første året med gjenoppretting utviklet seg i tre faser preget av trening, utholdenhet og fortsatt håp om bedring. Inkludert 35 deltakere, og deres partnere var også med. Datasamling ved intervju, og gruppeintervju. Dataanalyse ved fenomenologisk hermeneutikk tilnærming.</p> <p>Artikkelen har ingen søkelys på oppfølging, og pårørende ble intervjuet, derfor er den ikke aktuelt for vår problemstilling.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
22. Schandl (2011)	<p><b>“Screening and treatment of problems after intensive care: a descriptive study of multidisciplinary follow-up”</b></p>

	<p>Studien handler om tverrfaglig intensivpasient oppfølging etter utskrivelse fra intensivavdeling. Målet var å vurdere fysiske, psykologiske eller smerter etter utskrivelse, og hjelpe pasientene med uhelberedende problemer. Oppfølgingen besto av 3 polikliniske konsultasjoner 3, 6 og 12 mnd etter intensivbehandling, med flere fagfolk enn bare intensivsykepleier. Pårørende ble også invitert til konsultasjonene. Studien viser ved oppfølging i de første seks månedene, er det stort behov for oppfølging enn etter 12 måneder. Brukt intervju sjekkliste og skalaer for identifisering av problemene. Dagbok ble diskutert, og pasientene ble henvist videre.</p> <p>Deltakerne skrevet ut i 2007 – 2008 og det er lang tilbake i tid. I tillegg oppfyller studien ikke våre kriterier. Den har pårørendeperspektiv, og den handler ikke om pasientopplevelse av oppfølging.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
23. Rattray (2010)	<p><b>“Patients’ perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicenter study”</b></p> <p>Studien handler om pasientens emosjonelle problemer og opplevelser etter utskrivning. Følelsesmessig utfall ble operasjonalisert som angst, depresjon og posttraumatisk stress syndrom. 103 deltakere ble rekruttert fra seks intensivavdelinger, fra seks sykehus i Storbritannia med deltakere som fikk intensiv behandling mellom 2003 og 2005 og artikkelen ble publisert i 2010. Prospektive, longitudinal studie. Studien anbefaler postintensiv oppfølging av et tverrfaglig team. Artikkelen utgår da dette er en kvantitativ studie som er en av våre eksklusjonskriterier.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
24. Ringdal (2010)	<p><b>“Memories and health-related quality of life after intensive care: a follow-up study”</b></p> <p>Målet I den studien var å beskrive endringer i helse relatert livskvalitet, angst, depresjon, og tilbake til jobb fra 0,5-5,5 år. Deltakerne gjennomgikk i traume og behandlet på intensivavdeling. Artikkelen viste at deltakere med vrangforestilling minner hadde dårligere livskvalitet, og de hadde angst og depresjon. Men alle gikk tilbake på jobb på langsikt. Inkludert 135 deltakere. Denne er en spørreundersøkelse, longitudinell kvantitativ artikkel. Artikkelen utgår på bakgrunn av oppgavens eksklusjonskriterier</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
25. Pattison (2009)	<p><b>“Exploring patients’ experiences of a nurse-led follow-up service after critical care”</b></p> <p>Studiens mål var å utforske virkning av kritiskomsorg, og pasientens opplevelser av en sykepleierledet oppfølgingstjeneste. Inkludert deltakere med et opphold på en kritisk enhet &gt;48 timer. kreftpasienter inkludert i den artikkelen som gjennomgikk store øvre gastrointestinale kirurgi (GI) som trengte kritiskpleie. Men mer om inklusjons og eksklusjonskriterier ikke beskrevet. Forfatterens bakgrunn kommet fram i artikkelen. Datasamling ved intervju med åpne spørsmål, og spørreskjema undersøkelse om oppfølgingstjenesten 6 og 12 måneder senere. Inkludert 28 informanter. Ingen utsagn fra intervjuene skrevet, og den minker bekræftbarhet i artikkelen. Det ble tatt en innovativ, prospektiv tilnærming til å utvikle og evaluere oppfølgingstjeneste med informantenes innspill. Temaer presentert i en tabell. Den var dobbeltblind fagfelle vurdert. Tatt etiske betraktninger og den var etisk godkjent. Artikkelen viste at informantene og deres familie så oppfølgingsklinikken som en essensiell del av forbedring og</p>

	<p>helbredelse, de hadde godt av tjenesten. oppfølging kan gi mulighet til å håndtere eventuelle problemer. Omfattende funn, lite diskusjons del.</p> <p>Artikkelen er lang tilbake i tid, og den er en av de nye eksklusjonskriteriene i den fasen..</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
<p>26. Prinjha (2009)</p>	<p><b>“What patients think about ICU follow-up services: a qualitative study”</b></p> <p>Studien utforsker pasientens oppfatninger og opplevelser av oppfølgingstjenester. For deltakere var post intensivoppfølging en viktig tjeneste med tanke på kontinuitet i omsorgen etter kritisk sykdom. Oppfølgingstjeneste bidrar til deres fysiske, emosjonelle og psykologiske bedring. Datasamling ved hjemme intervju som ble foretatt i 2005, og deltakerne hadde intensivopphold fra 1994 og fremover. Ingen oversikt over spørsmål.</p> <p>Mye teori og informasjon knyttet til temaet, men lite fokus på pasientopplevelser. I tillegg er artikkelen for gammel og den er en av de nye eksklusjonskriteriene.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>
<p>27. Storli (2009)</p>	<p><b>“The meaning of following-up in intensive care: patient perspective”</b></p> <p>Studien utforsket deltakernes opplevelse av å bli fulgt opp i et program bestående av pasientdagbøker, samtaler og besøk ved å komme tilbake til intensivavdeling. Datainnsamling ved notater, og to intervjuer av 10 deltakere, omtrent 6-18 måneder etter utskrivelse fra sykehus. Dataene ble analysert ved hjelp av en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Definert klart forskningsspørsmål. Artikkelen har overskrifter og underkategorier. Innholdsrik studie og beskrivende artikkel.</p> <p>Artikkelen er etter eksklusjonskriteriene for gammel.</p> <p><b>Vurdering:</b> Studien ekskluderes.</p>

## Vedlegg 2

### *Meeting the needs of critical care patients after discharge home: a qualitative exploratory study of patient perspectives (Allum et al., 2018)*

**1.**Formålet med studien er klart formulert. Studien beskriver tidligere intensivpasienters perspektiver på støtten de føler er viktig for å optimalisere rehabiliteringen. Det er en økende forståelse av langsiktige konsekvenser av kritisk sykdom. Symptomene etter kritisk sykdom er omfattende og gir både fysisk, psykisk og kognitive endringer, i tillegg til sosiale og økonomiske utfordringer. Det er lite forskning på pasientperspektivet.

**2.** Artikkelen beskriver og begrunner valg av metode. Det er få publiserte studier som har tatt for seg hvordan pasientene ønsker oppfølging etter kritisk sykdom. Kvalitativ metode er en hensiktsmessig metode for problemstillingen.

**3.**Utformingen av studien er hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen. Utvalgsmetoden er beskrevet, det er også beskrevet eksklusjonskriterier. Hvordan dataene er samlet inn og analysert er i tillegg beskrevet. Det går tydelig frem hvilken metode som er benyttet. Måten dataene er samlet inn er godt beskrevet. Det er også beskrevet hvilket rammeverk som er benyttet til analyse, og i tillegg hvordan denne prosessen ble håndtert.

**4.**Karakteristika på deltagerne er beskrevet. Det er gjort rede for deltakerne, hvordan de ble rekruttert, men ikke diskutert og begrunnet. Det er lite beskrevet hvem som valgte å ikke delta.

**5.**Problemstillingen blir besvart av dataene studien avdekker. Fire hovedtemaer avdekkes, beskrives og utdypes. De beskriver hvordan de utarbeidet hovedemnene til intervjuguiden. En tidligere intensivpasient ble involvert. Det diskuteres ikke hvem dette er og hvorfor akkurat denne pasienten.

**6.**De beskriver Dataanalysen og at det har vært åpne diskusjoner om temaer og undertemaer. Endringer underveis i studien fremkommer ikke. Egen rolle er ikke diskutert.

**7.** Etiske forhold beskrives i artikkelen. Etiske komité på Universitetet i London godkjente studien. Intervjuene ble foretatt på dagtid for at deltagerne skulle kunne få oppfølging dersom de hadde behov for det. I tillegg skulle alle deltagerne være samtykkekompetent. Dataanalysen er beskrevet.

**8.** Hvordan analysen ble gjennomført beskrives kort, men de oppgir rammeverket som er benyttet. Det ses en klar sammenheng mellom dataene og fortolkningene av disse.

**9.** Funnene er oversiktlig og klart presentert. Funnene diskuteres opp mot problemstillingen. Problemstillingen er en rød tråd gjennom artikkelen. Andre kilder trekkes inn for å underbygge temaene. Temaene og funnene er troverdige.

**10.** Styrker og svakheter i resultatene diskuteres. I tillegg beskriver studien hvilken betydning denne forskningen har i praksis. Det avdekkes behov for ny forskning på nylig utskrevne kritisk syke pasienter. De uttrykker at denne pasientgruppen ofte utelates med bakgrunn i frykt for skjevheter i dataene.

Vurdering: Studien inkluderes i metasyntesen.

*Surviving ICU: Stories of recovery (Ewens et al., 2018)*

**1.** Formålet med studien er klart formulert. Den undersøker historier om bedring etter et intensivopphold. Bakgrunnen var økende overlevelse etter intensivbehandling, og manglende støtte for den gruppen. Problemstillingen er relevant

**2.** Valget av designet og metode er godt beskrevet og begrunnet. Hensiktsmessig studieutforming ved en transparent prosess som sikret datainnsamling. Dataene ble fortolket og analysert ved å bruke en tolkende biografisk tilnærming som design. Inklusjonskriteriene kommer godt fram.

**3.** Hensiktsmessig studieutforming. Det er godt beskrevet måten de samlet data på, og hvordan de analyserte dataene.

**4.** Demografisk data samlet, men den ble ikke brukt i analysen. Og det er ikke begrunnet. Utvalg diskutert og begrunnet.

**5.** Datainnsamling omfattet dagbøker etter utskrivning, to intervjuer og notater i løpet av 2014-2015. Det var noen uker mellom intervjuene for å studere bedring over tid. Intervjuene handlet om innholdet i dagbøkene og signalene i dem for å skape en delt mening. Intervju med lydopptak og transkribert.

**6.** Det er identifisert fem temaer og funnene formidlet. Funnene viser at deltakerne har forskjellige erfaringer og opplevelser, men de hadde nesten samme opplevelse i postintensiv fase. Deltakerne mangler emosjonelle og psykologiske støtte, og de opplever at støtte av helsevesenet har ikke reddet dem.

**7.** Forfatteren tok medlemskontroll underveis for å være sikker, men det står ikke hvordan. Etisk godkjent av universitets og sykehusets komiteer for humanforskning som overholdt National Health and Medical Research Council (2007).



**8.**Hensikten med dataanalysen er belyst, og dataene ble analysert ved hjelp av to rammer for å identifisere temaer gjennom deltakernes historier.

**9.** Sitater fra intervjuene har kommet fram. Funnen understøttet med andre kilder.

Diskusjonsdelen er litt kort i forhold til funn.

**10.**Studien beskriver styrker og svakheter gjennom studien. Studien er fra Australia, men den kan være aktuelt flere andre steder blant annet Norge. Den viste at disse intensivpasientene manglet emosjonelle og psykologiske støtte, og den øker bevissthet blant helsepersonell om problemer hos overlevende intensivpasienter møter, og for å forbedre støttetjenester bredere. Den er troverdig ved at forfatteren skrev en rapport med deltakerne, deretter fordypet data. Pålitelighet opprettholder ved en tilnærming til datasamling, inndeling, og triangulering av data fra dagbøker, intervjuer og notater. Studien beskriver begrensning for overførbarhet da studien er utført på et enkelt sted.

Vurdering: Studien inkluderes i metasyntesen.

## **Intensive care survivors, experiences of recovery after hospitale discharge: A qualitative interview study (Nelderup et al., 2018)**

**1.**Formålet med studien er klart formulert. Forfatterne ville finne svar på intensivpasienters følelser og erfaring knyttet til rehabilitering etter utskrivelse fra sykehus. De mener det er manglende studier om fenomenet og etterlyser empiriske studier. En skjerpet bevissthet i intensivsykepleien om viktige pasientfaktorer kan gi økt effekt på rehabiliteringen for kritisk syke mener forskerne. Problemstillingen er relevant for praksis.

**2.**Utvalgsmetode er beskrevet. Både hvordan forskerne samlet inn data og hvordan de analyserte dataene. Dataene ble samlet inn ved hjelp av observasjoner og intervju. Analysedelen beskrives kort og baseres på Burnard's four-stage modell.

**3.**Utformingen av studien er hensiktsmessig – de går i dybden og utforsker dataene. Det er gjort rede for og med begrunnelse av både utvalg, metode og analyse.

**4.**Utvalgsstrategien virker hensiktsmessig. Det beskrives hvor intervjuene ble avholdt og utfordringer knyttet til deltakelse til disse. Kjønn og alder diskuteres, men ikke sosioøkonomisk status.

**5.**Det beskrives hvordan intervjuene foregikk. Dette beskrives som ustrukturerte intervjuer og med åpne enkeltstående oppfølgingsspørsmål. To spørsmål er beskrevet, men intervjuguide foreligger ikke. Det er ikke diskutert hvordan intervjuene foregikk og hvordan oppfølgingsspørsmålene ble forankret. Det fremkommer klart hvordan dataene behandles både med opptak og at de ble transkribert. Det er ikke diskutert metning av data. Problemstillingen besvares ved hjelp av dataene som samles inn.

**6.**Det er ikke gjort rede for bakgrunnsforhold som kan påvirke fortolkningene av dataene, men de har beskrevet at to av forskerne jobbet alene i intervjuene, men det fremkommer ikke hvordan den siste forfatteren av studien jobbet. Dette er noe som kan ha påvirket dataene.

**7.**Studien ble forelagt og godkjent av etisk komite i Sverige. Det fremkommer lite etiske vurderinger i studien utover dette.

**8.**Det er en oversiktlig og grundig fremstilling av dataene. Analysen beskrives. Det er tilstrekkelig data.

**9.** Funnene er presenter og delt i fire kategorier. Og man ser en klar sammenheng mellom problemstillingen, sitater og kategorier forskerne kom frem til.

**10.**Resultatene kan være til god hjelp i praksis. Forskerne kommer med forslag til ny forskning. Oppsummert virker studien solid. Den har mye tidsriktig data som kan benyttes opp mot dagens praksis.

Vurdering: Studien inkluderes i metasyntesen.

*Evaluating the past to improve the future -A qualitative study of ICU patients' experiences*  
(Olsen et al., 2017)

- 1.** Formålet med den studien er å undersøke hvordan voksne pasienter opplevde intensivbehandling, rehabiliteringsperiode, og nytten av informasjonsbrosjyrer.
- 2.** Bakgrunnen med den studien er intensivpasienter opplever intensivoppholdet forskjellig, og intensivoppfølging er ikke standard klinisk praksis. Kvalitativ utforskende undersøkelse med semistrukturerte intervjuer er hensiktsmessig.
- 3.** Der er beskrevet måten de samlet og analysert data på. Det er tatt induktiv innholdsanalyse. Dataene sammenlignet for å finne likheter og forskjeller i pasientopplevelsene. Det står lite om inklusjonskriterie.
- 4.** Studien inkludert 29 deltakere etter sykehus utskrivelse. Det er lite informasjon om deltakernes bakgrunn. Det er ikke begrunnet hvorfor deltaker/e falt ut av studien underveis, og det er ikke beskrevet hvor mange deltaker falt ut. Studien har demografi, men den er ikke beskrevet.
- 5.** Metode for datasamling er et intervju etter utskrivelse, en telefonsamtale tre måneder etter utskrivelse, og deltakerne fikk brosjyre. Det er godt beskrevet om hvordan intervjuene ble gjennomført.
- 6.** Det er diskutert bakgrunn som kan påvirket data. For eksempel betydning av deltaker utfall underveis i studien. Diskutert også mulig forskjellige intervjustil mellom tre forfattere påvirket datasamlingen, selv om forfatterne brukte samme intervjuprotokolstudien da studien gjennomført. Funnene er henvist til tidligere forskning for å underbygge egne funn.
- 7.** Studien er godkjent av sykehusadministrasjonen, og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Studien ble fritatt for gjennomgang av Regional Komite for medisinsk og

helsefaglig forskningsetikk (2012). Deltakerne ble informert muntlig og skriftlig før studiestart. De fikk samtykke fra deltakerne.

**8.**Dataene ble analysert uavhengig, av to forfatterne. Tredje forfatter lest og transkribert den. Det ble redegjort faktorer som kan ha påvirket fortolkning av data. God fremstilling av data. Det er sammenheng mellom dataene. Temaene er belyst med utsagn fra informantene.

**9.** Forfatterne har kommet fram til to hovedtemaer og fire undertemaer. Funnene viser mangfold, ulikhet og individuelle mestringsmekanismer mellom deltakerne. Det er viktig med tidlig intervensjon og klargjøre forventningene til overganger i pleie og bedring. Støtte fra helsepersonell i form av råd og informasjonsbrosjyre til både pasienter og deres pårørende er verdsatt i pasientoppfølging etter utskrivelse fra intensiv. Funnene diskutert opp mot problemstillingen.

**10.** Det er beskrevet begrensninger i studiens overførbarhet. Deltakerne var i en sårbar situasjon da de ble intervjuet etter utskrivning fra intensivavdeling. Noen deltakere husket ikke mye fra intensivoppholdet. Derfor funnen er representative for deltakernes opplevelser, men kan ikke generaliseres. Funnene ble ikke diskutert med informantene i etterkant, derfor mangler studien bekreft barhet. Funnene kan være aktuelle i lignende sammenheng.

Studiens problemstilling og data sammenfaller med kandidatens problemstilling i metasyntese, derfor den skal inkluderes.

Vurdering: Studien inkluderer i metasyntesen.

*Follow-up visit in an ICU: receiving of coherence (Engstrøm et al., 2015)*

- 1.** Studiens formål og bakgrunn kommet fram i sammendraget. Målet er å beskrive intensivpasientens opplevelser av et oppfølgingsbesøk på en intensivavdeling. Problemstillingen er relevant.
- 2.** Studiens bakgrunn er å utvikle kunnskap om oppfølgingsbesøk. Kvalitativ beskrivende design med semistrukturert intervju og dagbok. Både design og metoden er velegnet for å beskrive pasientens opplevelser.
- 3.** Måten de har samlet data på og analysen er beskrevet tydelig. Inklusjonskriterier er godt beskrevet
- 4.** Utvalg besto av ni deltakere av begge kjønn, fem kvinner og fire menn. Deltakerne behandlet på en intensivavdeling over 72 timer med forskjellige diagnoser. Oppfølgingen var sykepleierledet med pasient dagbok etter utskrivelse fra sykehus. Deltakerne behandlet minst 72 timer på intensivavdeling. Pårørende ble også invitert til å følge opp pasienten til intensivavdeling. Dette for å gi pårørende mulighet til å komme tilbake på intensivavdelingen etter at situasjonen er ikke lenger kritisk. Men studien har pasientperspektiv, og intervjuene hatt søkelys på pasienten.
- 5.** Metode for datasamling er intervju og dagbok, tre måneder etter utskrivelse fra sykehus. Intervjuene utført enten telefonisk, hjemme eller på sykehus. Intervjuene ble transkribert. Datasamlingen sees som tilstrekkelig til å gi et helhetlig bilde av fenomenet.
- 6.** Bakgrunn som påvirket data diskutert. Blant annet deltakerne ble intervjuet på forskjellige steder. Det var identifisert ett tema «Motta en følelse av sammenheng i ICU-oppholdet», og fem kategorier. Temaet avslørte oppfølgingsbesøket som er et viktig verktøy i pasientens kamp for å skape en kontekst og sammenheng av tre komponenter som forståelighet, håndterbarhet, og meningsfullhet. Funnet er oppfølgingsbesøk er et viktig verktøy for å skape

en kontekst og sammenheng fra en manglende og uvirkelig tid. Derfor må kunnskap om oppfølgingsbesøk utvikles.

**7.** Studien ble godkjent av universitets etiske komite. Deltakerne ga samtykke. Deltakerne fikk både muntlig og skriftlig informasjon.

**8.** Analyse blir utført ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse. Forfatterne identifisert et tema og fem kategorier. Tema og kategorier er belyst med utsagn fra deltakerne for å underbygge data. Sammenheng mellom data og problemstilling.

**9.** Funnene er identifisert med andre kilder, for å underbygge funn. Funnene diskutert opp mot problemstillingen. Tilstrekkelig diskusjon. Ifølge beskrivelsen i studien deltok alle forfatterne parallelt i data analysen.

**10.** Begrensning i studien er beskrevet. Det er avdekket forslag til videre forskning om blant annet: Hvordan skal vi støtte de menneskene som kanskje ikke tør eller vil gå på et oppfølgingsbesøk i intensivavdeling for å få en følelse av sammenheng?

Vurdering: Artikkelen inkluderes i syntesen.

*The experiences of ICU patients during follow-up sessions – A qualitative study*  
*(Haraldsson et al., 2015)*

- 1.** Studien har klart formulert forskningsspørsmål, formålet var å beskrive hvordan informantene opplevde oppfølgingstid.
- 2.** En beskrivende kvalitativ metode er velegnet for å besvare problemstillingen da handler den om subjektive opplevelser om oppfølging etter et intensivopphold på sykehus. Klare inklusjons og eksklusjons kriterier.
- 3.** Utforming av studien er hensiktsmessig. Studien har fenomenologisk hermeneutikk tilnærming.
- 4.** Studien har dikotome variabler som menn og kvinner, og kontinuerlig variabel som alder > 18+. Pasientrekruttering kommer klart fram. Målet med studien var å inkludere tjue deltakere, men kun tolv deltakere deltok i studien. Men forfatterne beskriver at metning og pålitelighet oppnådd ved intervju av tolv pasienter.
- 5.** Data samlet ved dagbok gjennomgang, og intervju. Deltakerne fikk intervju spørsmålene i forkant som forberedelse. Dataene ble samlet fra 2007-2008 som var litt tilbake i tid. Og det var lang periode mellom intervjuene og publisering av studien, man kan tenke at dette minker overførbarhet, men studiens resultat om den problemstillingen er fortsatt aktuelt for dagens praksis.
- 6.** Resultat fra studien viste at psykososial støtte etter utskrivelse fra et intensivopphold var stort behov. Informanter som ikke hadde noen form for støtte, hadde mer behov for oppfølging. Besøk på intensivavdeling etter utskrivelse og dagbok ble sett som positivt, men noen beskrev dagbok emosjonelt. Resultat av denne studien tilbød personalet oppfølging av pasienter med funksjonshemninger som ikke kunne besøke intensivavdeling, dette ble utført ved å besøke enkeltpersoner. Med den datasamlingen kunne forskerne belyse forskjeller og likheter i deltakernes erfaringer om oppfølging.



**7.**Forfatterne informert deltakerne om studien, og innhentet samtykke. Den er etisk godkjenning i henhold til svensk lov (VRFS, 2012 : 1).

**8.** Det er tatt en innholdsanalyse i flere trinn, fulgt Graneheim & Lundma`s (2004) måte. Den er en måte å sammenligne dataene på systematisk. Dataene analysert i kategorier og underkategorier som presentert i tabeller.

**9.** Funnene har kommet klart fram i studien. Utsagn fra informantene fremmer troverdighet. Funnene underbygget ved å henvise den til litteraturer og andre tidligere studier.

**10.**Studien viser tydelig styrke og svakheter, blant annet intervjuene ble ikke utført på samme sted for alle deltakere. Dette er faktor som kan påvirke dataene.

Studien har pasientperspektivet Dataene ble samlet fra 2007-2008, men studien er innholdsrik, og problemstillingen sammenfaller med vårt spørsmål. Funnene viser studiens styrke og overførbarhet.

Vurdering: Studien inkluderes i syntesen.

*Group meetings after critical illness—Giving and receiving strength (Bækmann et al., 2018)*

**1.** Målet med studien var å beskrive tidligere intensivpasienters følelser av å dele deres opplevelser av kritisk sykdom og rehabiliteringsperiode med andre i tilsvarende situasjon. Disse pasientene opplever store utfordringer med å tilpasse seg sin nye livssituasjon. De kjemper for uavhengighet og viktige områder er fysisk styrke, gjenvinne funksjonell kapasitet og gjenoppta tidligere aktivitet i hjemmet. Mange opplever kognitiv svikt som påvirker både hukommelse og oppmerksomhetsfunksjonen. Problemstillingen er svært relevant for pasientgruppen. Studien utdyper ikke opplevelser på individnivå, og den handler om deres problemer per og postintensivt.

**2.** Det er begrenset kunnskap om hvilke følelser tidligere intensivpasienters har av å dele opplevelser av kritisk sykdom og rehabiliteringsperiode med andre i tilsvarende situasjon. Kvalitativ metode er en hensiktsmessig metode, fordi den har som formål i å gi dybdekunnskap om fenomenet som forskes på.

**3.** Studien beskriver utvalgsmetode, hvordan dataene ble samlet inn på og dataanalysen er beskrevet.

**4.** Det er gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor. Det er diskusjon rundt utvalgsstrategien og deltakerne som valgte eller ikke valgte å delta.

**5.** Problemstillingen går som en rød tråd gjennom artikkelen. Metoden ble endret underveis. De fikk lite skriftlig tilbakemelding fra deltagerne og valgte derfor å gjøre et dybdeintervju i tillegg. Dette diskuteres. Det er beskrevet hvordan dataene ble samlet inn på.

**6.** Det er ikke gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkning av dataene.

**7.** Studien ble godkjent av regional etisk komité. Det er lite beskrevet hvordan forskningen ble forklart den enkelte deltaker. Deltakerne hadde tilgang til å snakke med en ansatt, dersom det vanskelige følelser dukket opp. Det er vektlagt at deltakerne kan ha blitt blottstilt når de diskuterer egne følelser overfor ukjente mennesker.

**8.** Analysedelen er beskrevet og gjort rede for.

**9.** Det er lite diskusjon som går imot forskernes argumenter. Det er trukket inn teori og forskning som underbygger funnene.

**10.** Resultatene kan være til hjelp i praksis. Det avdekkes ikke behov for ny forskning.

Studien skal ikke inkluderes på bakgrunn av en ny kriterier kandidatene har valgt i siste trinnet (trinn sju) i litteratursøing (se side. i oppgaven)

Vurdering: Studien ekskluderes.