

SAMMENDRAG

Avsluttende eksamen i intensivsykepleie ved Høgskolen i Gjøvik.

Jeg har i denne hovedoppgaven sett nærmere på temaet dagbok til intensivpasienten. Formålet med oppgaven er å få en forståelse av hvilken hensikt bruken av dagbok har for intensivpasientens bearbeidelse av intensivoppholdet. Min problemstilling er:

”Er bruk av dagbok hensiktsmessig for å fremme bearbeidelse av intensivpasientens opplevelser fra intensivoppholdet?”

For å komme frem til en konklusjon på denne problemstillingen har jeg valgt litteraturstudie som metode. Jeg har brukt pensumlitteratur, i tillegg til artikler funnet gjennom søk i databaser og gjennom bruk av referanser. Hovedoppgaven bygger på litteratur fra de siste 10 årene. De innledende kapitlene tar for seg den kritisk syke pasienten og reaksjoner på et intensivopphold før jeg tar for meg selve dagboken, og hvilken virkning den har på bearbeidelsen av intensivoppholdet.

Resultatene av litteraturstudiet viser at dagbok er en viktig intervensjon for bearbeidelsen ved at den hjelper å fylle tomrommet pasienten ofte har i hukommelsen etter intensivoppholdet, samt å realitetsorientere pasienter med illusjoner og mareritt. Videre vil dagboken bidra til å forebygge symptomer på posttraumatisk stresslidelse.

Emnekode: AIO018
Fordypningsoppgave AIO
Videreutdanning i intensivsykepleie

Katrine Tøftestuen
Stud.nr 071122
AIO 2007/2008

Er bruk av dagbok hensiktsmessig for å fremme bearbeidelse av intensivpasientens opplevelser fra intensivoppholdet?



Avdeling for helsefag

21. november 2008
Veileder: Tore Karlsen
Antall ord: 9537

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Presentasjon av problemstilling	3
1.3 Avgrensning og definisjon av begreper i problemstillingen	3
1.4 Oppgavens hensikt	4
1.5 Oppbygging av oppgaven	4
2.0 METODEKAPITTEL	6
2.1 Metodevalg	6
2.2 Innsamling av data	6
2.3 Kilde- og metodekritikk	7
3.0 Å BLI RAMMET AV AKUTT KRITISK SYKDOM	12
3.1 Den akutt kritiske syke pasienten	13
3.2 Intensivavdelingens ukjente miljø	14
3.3 Stress og mestring	15
3.4 Intensivsykepleierens mulighet til å fremme mestring	17
4.0 REAKSJONER ETTER ET INTENSIVOPPHOLD	20
4.1 De uklare eller manglende minnene fra intensivoppholdet	20
4.2 Post-traumatisk stress lidelse (PTSD)	22
5.0 DAGBOK SOM HJELP TIL Å FREMME BEARBEIDING HOS INTENSIVPASIENTEN	24
5.1 Dagbokens innhold, hensikt og form	24
5.2 Dagbok og pårørende	27
5.3 Dagbokens etiske aspekter	28
5.4 Intensivsykepleierens funksjon i dokumentasjon i pasient dagbok	29
5.5 Hvordan få innført dagbok som rutine	30
6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	

LITTERATUROVERSIKT

1.0 INNLEDNING

Å bli akutt kritisk syk med påfølgende opphold på en intensivavdeling er for de fleste av oss en uvirkelig opplevelse, som det er vanskelig å sette seg inn i uten å ha vært der som pasient og opplevd det. Vi har bare erfaringer fra pasienter i form av samtaler, avis artikler, ukeblad eller skjønnlitterære bøker som kan gi oss et bilde av hvordan dette oppleves. Ut fra litteraturen tror jeg at vi også kan slå fast at hver enkel person vil oppleve dette forskjellig. Det vil også være forskjellig hvordan personen reagerer på en slik situasjon og hvordan han håndterer opplevelsen i etterkant av oppholdet. Vi har som intensivsykepleiere stort fokus på akutte situasjoner og hvilke intervensjoner vi må sette i gang for at pasienten skal overleve med et best mulig fysisk utgang, mens det psykiske aspektet ved et slik opphold kanskje ikke er like mye i fokus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tidligere erfaring med kirurgiske pasienter og erfaring med intensivpasienter gjennom praksis på intensivavdeling har gjort meg mer og mer interessert i temaet dagbok til intensivpasienten. Jeg har ikke opplevd at dette har blitt brukt i praksis, men hørt mye snakk om det, og hørt mange ulike synspunkter om temaet fra helsepersonell i form av sykepleiere og intensivsykepleiere.

Da jeg kom ut i praksis som student i videreutdanning i intensivsykepleie fant jeg mye litteratur på avdelingen rundt temaet, samt egne utarbeidede retningslinjer for bruk av dagbok i avdelingen. Jeg opplevde derimot ikke at noen av pasientene hadde dagbok under opphold på avdelingen. Jeg har spurt flere på avdelingen hvorfor ikke dagbok brukes aktivt på avdelingen, og har fått ulike tilbakemeldinger;

- for lite tid, må prioritere behandling som er viktig der og da

- ikke en del av avdelingens rutiner

- noen hadde ikke tro på at dagbok fra intensivoppholdet hadde noen hensikt for pasienten senere.

- avdelingen manglet ”pådrivere”

Gjennom samtale med sykepleiere ved universitetssykehus har jeg et inntrykk av at dagbok skriving er en del av avdelingens daglige rutiner for de pasientene som fyller kriteriene for at dagbok skriving startes. Jeg er derfor undrende til hvorfor dette ikke blir gjennomført på lokalsykehus, og om dagboken virkelig har en betydning for intensiv pasienten.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Jeg bestemte meg tidlig i studiet for at jeg ønsket å se nærmere på temaet dagbok. Jeg brukte derfor praksisperiodene og ekstravakter ved intensivavdelingen til å diskutere temaet for å få en forståelse av intensivsykepleiernes oppfatning av dette tema. Jeg fant ut at det var forskjellige syn på om dette burde gjennomføres i avdelingen, og jeg bestemte meg for at jeg gjennom hovedoppgaven ville forsøke å finne ut om det er hensiktsmessig å bruke tid og ressurser på dagbok skriving i en ellers stresset dag. Jeg har kommet frem til følgende problemstilling:

”Er bruk av dagbok hensiktsmessig for å fremme bearbeidelse av intensivpasientens opplevelser fra intensivoppholdet?”

Can the use of a diary help a patient in intensive care to cope with his experiences from the stay in the ICU.

Jeg ser begrensningene i problemstillingen ved at den kan besvares med ja eller nei, men har likevel valgt å beholde den, da jeg synes den har vært grei å jobbe ut ifra, og at det har vært greit å begrunne resultatene underveis.

1.3 Avgrensning og definisjon av begreper i problemstillingen

Jeg vil først definere hva jeg mener med de ulike benevnelsene i problemstillingen. Med dagbok mener jeg et personlig notat til pasienten fra intensivsykepleier, og eventuelt pårørende, som beskriver hva den som skriver tolker at pasienten opplever under oppholdet på intensivavdelingen, men uten at det blir en del av journalen som

inneholder prøvesvar etc. Å fremme bearbeidelse definerer jeg som å hjelpe pasienten til å komme gjennom intensivoppholdet og tiden etterpå uten å utvikle symptomer på posttraumatisk stresslidelse eller andre psykiske problemer. Med intensivpasient mener jeg en pasient som blir akutt og/eller kritisk syk, og som trenger behandling ved en intensivavdeling. Opplevelser vil i denne oppgaven være minner som pasienten sitter igjen med etter et intensivopphold, og med intensivopphold menes tiden pasienten befinner jeg på intensivavdelingen, enten sovende eller våken. Jeg har valgt å avgrense problemstillingen ved å ta for meg intensivpasienter som i løpet av oppholdet på intensivavdelingen har vært sedert eller bevisstløs av annen årsak, og at pasienten er over 18 år.

1.4 Oppgavens hensikt

Jeg er undrende til hvorfor dagbok skriving ikke praktiseres på lokalsykehus, og om dagboken virkelig har en betydning for intensiv pasienten, og eventuell hvilken betydning den har. Det er også ønskelig at oppgaven kan være en bakgrunn for at temaet tas opp til diskusjon i avdelinger som ikke praktiserer en slik intervensjon. Til slutt er oppgaven en avsluttende eksamen i videreutdanning i intensivsykepleie.

1.5 Oppbyggingen av oppgaven

Jeg vil i neste kapittel gjøre rede for metoden og kildene jeg har brukt i oppgaven, og hvordan jeg har kommet frem til disse. I kapittel 3 tar jeg for med det å være akutt kritisk syk med den akutt syke pasienten, miljøet på intensivavdelingen, stress og mestring og til slutt si litt om hva intensivsykepleieren kan bidra med for å fremme mestring. I kapittel 4 ser jeg nærmere på reaksjoner som kan komme etter et intensivopphold, og da med tanke på minner og utvikling av posttraumatisk stresslidelse, før jeg i kapittel 5 går over til å omtale selve dagboken. Jeg ser da på dens innhold, hensikt og form, dagbok og pårørende, etiske aspekter ved å benytte dagbok, intensivsykepleierens funksjon i denne type dokumentasjon og så vil jeg prøve å finne ut hva som må til for å få dagbok skriving til å bli en del av de daglige rutinene ved flere intensivavdelinger før jeg til slutt kommer med en konklusjon.

2.0 METODEKAPITTEL

Jeg vil i dette kapitlet forklare hvilken metode jeg har valgt for å finne svar på problemstillingen, hvordan jeg har funnet frem til den litteraturen jeg har brukt i oppgaven og til slutt vil jeg gå gjennom den litteraturen jeg har valgt ut i oppgaven.

2.1 Metodevalg

Med utgangspunkt i problemstillingen jeg har valgt og tidsrammen på oppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode. Jeg ser at det er gjort flere studier på området, og at et litteraturstudie derfor kan gi meg et svar på problemstillingen. Ved bruke andre sine studier til å svare på min egen problemstilling må det tas i betraktning at jeg fortolker resultatene på en måte, mens andre kan tolke det på en annen måte. Det må også vurderes i hvilken grad de inkluderte artiklene er pålitelige. Jeg ser det som en form for kvalitets sikring at artiklene kommer frem til lignende resultater, samt at artiklene refererer til hverandre.

2.2 Innsamling av data.

Da jeg hadde kommet frem til temaet jeg ønsket å skrive om i hovedoppgaven, begynte jeg først med å se på hva som fantes av aktuell litteratur i pensum, før jeg begynte å søke i databaser etter artikler. Jeg satte meg opp punkter over inklusjon- og eksklusjonskriterier for hvilke artikler jeg skulle ta med i oppgaven. Jeg valgte å ta med kvalitative studier, artikler som omhandlet intensivpasienter som hadde vært sedert eller bevisstløs av annen årsak og jeg satte det som en kriterie at artiklene måtte være norske, samt andre nordiske- og engelskspråklige litteratur. De artiklene jeg utelot var artikler eldre enn 10 år. Tidlig i søkeprosessen benyttet jeg SweMed for å finne MeSH termer for bruk i videre søk. Søkeordene jeg videre benyttet var; diary, diaries, patient diaries, intensive care, posttraumatic stress disorder, psychological stress og coping. Jeg benyttet disse søkeordene hver for seg og i ulike kombinasjoner. De første databasene jeg benyttet var Bristish Nursing Index, Pro Quest og Medline. Jeg valgt å benytte disse først da det var disse jeg var mest kjent med. Etter hvert fant jeg ut at

også Academic Search Elite hadde flere artikler som var aktuelle for meg. Jeg fikk i starten av søke prosessen hjelp fra bibliotekar både ved Høgskolen i Gjøvik og ved biblioteket ved Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer. Da jeg hadde funnet frem til noe pensum litteratur og artikler fra databaser, begynte jeg etter hvert å bruke den enkeltes referanseliste til videre søk. Jeg brukte da BIBSYS for å finne frem til tidsskriftene. Av de tidsskriftene jeg ikke fant der, fant jeg noen i papir utgave ved Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer, som jeg tok kopier av. Et par artikler fikk jeg bestilt gjennom biblioteket. Ved utvelgelse av aktuelle artikler brukte jeg sjekklister for vurdering av artikler som Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester har gitt ut (2006). Da jeg begynte gjennomgangen av de utvalgte artiklene sorterte jeg dem etter kapitlene jeg hadde delt inn oppgaven min i, og etter årgang, slik at jeg leste de eldste først for å eventuelt få et innblikk i utviklingen innenfor området. Jeg skrev et lite sammendrag etter hver artikkel for å lettere kunne holde oversikten i det videre arbeidet med oppgava.

2.3 Kilde- og metodekritikk.

Ved å bruke pensumlitteratur, litteratur fra tidligere studier og søk i databaser har jeg kommet frem til de kildene jeg har valgt å bruke i oppgaven. I første del av oppgava har jeg funnet mest aktuell litteratur fra bøker, mens det i den siste delen har vært aktuelt å bruke artikler av nyere dato. Det ser ut til at mye av forskningen/litteraturen om bruk av dagbok er av nyere dato. Mye av det jeg fant er skrevet i løpet av de siste ti årene. Årsaken til dette kan tenkes er at dagbok til intensivpasienter er et forholdsvis nytt fenomen. Mye av den norske litteraturen om temaet er skrevet av personer tilknyttet sykehuset og universitetet i Tromsø, som kom tidlig i gang med dagbokskrivning til intensivpasienter.

Jeg valgte tidlig i oppgaven å omtale hvordan det er å være akutt kritisk syk. Jeg fant mye relevant i pensum boka *Å være akutt kritisk syk* av Moesmand og Kjøllesdal (2005). Jeg ser dette som en pålitelig kilde med tanke på at det er pensumlitteratur i tillegg til å være av nyere dato. Jeg har også benyttet meg av Cullberg (2007) sin bok, da jeg fra tidligere var kjent med at han hadde skrevet noe om psykiske kriser.

Jeg kom tidlig i prosessen rundt oppgaveskrivinga frem til at Benner og Wrubler sin fenomenologiske sykepleie teori var aktuell å trekke inn i oppgaven. Jeg valgte disse teoretikerne med bakgrunn i forelesninger om teoretikere, samt i Jahren Kristoffersen (1996) sin omtale av de to. Da jeg skulle fordype meg i teoriene deres valgte jeg den danske oversettelsen av Benner og Wrubler sin bok om stress og mestring. Jeg ser ulempen ved å benytte en bok som er oversatt, da ting kan komme noe forandret frem, men jeg valgte likevel denne boken for å raskere kunne sette meg inn i stoffet. For å beskrive fenomenologien brukte jeg igjen Jahren Kristoffersen (1996) sin bok.

Dybwik (2006) sin bok om respiratorbehandling er en annen bok fra pensumlitteraturen som blant annet beskriver litt om miljøet på intensivavdelingen, samt at jeg har brukt Storli og Lind sitt kapittel i boka om dagbok og samtale.

I kapitlet om stress og mestring fant jeg det hensiktsmessig å benytte Bunkholdt sin bok fra 2000. Dette er en bok jeg er kjent med fra pensum på bachelor utdanningen i sykepleie, og som jeg visste tok for seg temaet stress og mestring. Etersom jeg leste om stress og mestring såg jeg at mye av litteraturen jeg hadde funnet refererte til Lazarus (2006) sin teori om mestring. Jeg søkte derfor opp hans bok *Stress og følelser – en syntese* for å unngå å bruke sekundærlitteratur.

Da jeg kom frem til kapitlet om minner fra intensivoppholdet ble det mer naturlig å gå over til å bruke kvalitative studier for å få et innblikk i pasienters opplevelser og minner.

Storli sin forskning på minner fra intensivoppholdet og bruk av dagbok har ført til flere artikler rundt temaet. Hun har publisert mye av sitt materiale i lærebøker i sykepleie, og jeg vurderer derfor dette som pålitelige kilder. Hun har skrevet flere artikler både alene og sammen med andre, deriblant Lind. Hun ser ut til å ha vært aktiv innenfor temaet helt siden oppstarten på 1990-tallet. Det man kan være kritisk til er at de artiklene hun har gitt ut i tidsskrifter har vært vanskelig å søke opp i databaser og

BIBSYS, og har derfor måtte bestilles. Dette kan være et tegn på at artiklene publiseres i tidsskrifter som ikke er så vanlige i Norge.

Andre forfattere jeg i stor grad har brukt i oppgaven er Griffiths og Jones sine publiseringer. De har gitt ut en bok *Intensive Care Aftercare* som bygger på artikler de har gitt ut, samt at andre forfattere har bidratt. De to har skrevet artikler sammen, hver for seg og sammen med andre. Artikkelen fra 2001 som de publiserte sammen med Humpshris og Skirrow bygde på en undersøkelse de foretok på 30 personer, der de såg på sammenhengen mellom minner fra intensiv oppholdet og psykiske problemer etter utskrivelse. Denne ble publisert i *Crit Care Med* i 2001. Studien besto av intervju med pasienter som tok utgangspunkt i diverse skjemaer for å kartlegge hukommelsen fra intensivoppholdet. Studien foregikk over et år og hadde klare inklusjons- og eksklusjons kriterier. Den gav et helhetlig bilde av fenomenet og analysen av dataene ble tydelig beskrevet. Studien ble godkjent av etisk komité ved sykehuset der den ble utført. Studien ga klare resultater.

Rattray og Hull (2008) sin studie har jeg tatt med i oppgaven med tanke på at den er av nyere dato. Det er en litteraturstudie som ser på hyppigheten av psykiske problemer etter intensiv behandling, påvirkningsfaktorer og intervensjoner for å forebygge dette. Den har inkludert mange studier og gjør rede for søkestrategier som er benyttet. Det må tas i betraktning at Rattray og Hull selv sier at det ikke er gjort kvalitets vurdering av de inkluderte studiene. Studien gir et oversiktlig bilde av resultatene gjennom å sette det opp i skjemaer.

Cuthberts m.fl (2003) gjorde en studie med intervju av 78 deltakere over telefon. De benyttet et såkalt DTS-skjema (Davidson Trauma Scale) som i følge forfatterne er en validert måling for forskjellige traumer hos kritisk syke pasienter som krever intensiv behandling. De ønsket ved hjelp av dette å måle hyppigheten og risikoen for symptomer relatert til post traumatisk stress lidelse 3 måneder etter utskrivelse. Studien hadde ingen eksklusjonskriterier.

Löf, Berggren og Ahlström (2007) sin studie med hensikten å beskrive intensivpasientens hukommelse av emosjonelle reaksjoner under intensivoppholdet, ble utført med kvalitative intervjuer på 8 deltakere. Intervjuene ble utført 3 og 12 måneder etter utskrivelse. Det var få deltakere i studien, men forfatterne argumenterer med at det finnes andre studier med lignende resultater.

De siste studiene jeg nå vil se nærmere på er studier som har tatt for seg dagbok og hensikten med disse. Storli, som jeg tidligere har omtalt har også studier som dekker dette temaet.

Combe (2005) gjorde i sin studie både intervju med 35 deltakere i tillegg til et litteratur studie. Han gjør rede for sine resultater, men jeg synes det var vanskelig å finne en klar hensikt med studien. Han har derimot klare inklusjons- og eksklusjons kriterier. Han intervjuet pasientene ukentlig mens de fortsatt var på sykehuset, og 2, 6 og 12 måneder etter utskrivelse. Han inkluderte pårørende i intervjuene.

Roulin, Hurst og Spirig (2007) sin artikkel; *Diaries written for ICU patients*, bygger på en kvalitativ studie som besto av analyse av 8 dagbøker. De ønsket på denne måten å få en forståelse av pasientens og familiens fordeler med denne omsorgsintervensjonen. Forfatterne beskriver selv begrensningene som studien har, de nevner blant annet at studien er gjort med få pasienter der alle overlevde og at de inkluderte pårørende til å delta i skrivinga, noe som ikke er vanlig på alle intensiv avdelinger. De sier videre at det kreves mer forskning på området.

Bergbom m.fl (1999) sin artikkel om pasienter og pårørendes meninger og følelser rundt dagbøker valgte jeg etter hvert å inkludere i oppgaven på grunn av at flere av de andre studiene henviste til denne. Det beskrives som en pilotstudie i artikkelen. Undersøkelsen ble gjort ved hjelp av spørreskjemaer som ble sendt til pasienten/pårørende etter utskrivelse.

Bäckman og Walther har utført sin studie ved en intensivavdeling i Sverige, og kan derfor lettere knyttes opp mot norske forhold. De sendte ut spørreskjema til pasientene

6 måneder etter utskrivelse, og hadde 51 personer inkludert i studien. Hensikten var å se hvilke erfaringer en enkel dagbok med foto har som en del av debrifingen av pasienter og pårørende

Jeg ser i tidligere studentoppgaver om temaet at Inger Schou sin doktorgrad fra 1997 er hyppigere brukt enn det jeg har valgt å gjøre. Jeg ser den omhandler mye som kan være aktuelt i forhold til min problemstilling, men jeg har valgt å bruke den i noe mindre grad av den grunn at den er over 10 år gammel, samt at jeg har funnet mye litteratur om det samme som er av nyere dato.

3.0 Å BLI RAMMET AV AKUTT KRITISK SYKDOM

Å bli rammet av en akutt kritisk sykdom er for de fleste av oss en stor traumatisk krise i hverdagen, den kommer brått og gir oss liten eller ingen tid til å forberede oss på den nye situasjonen. I følge Cullberg (2007) kan en traumatisk krise defineres slik:

Individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livs muligheter blir truet. Det oppstår altså en uventet livssituasjon som et vanlig menneske ikke har kunnskap om hvordan skal håndteres. Hendelsen kan derfor utløse en sterk svekkelse av individets vitalitet og handlingsevne (Cullberg 2007). For de som legges inn på intensivavdelinger på grunn av akutt sykdom, er dette en hendelse i livet som for mange får konsekvenser i lang tid etterpå, og for noen får det konsekvenser resten av livet. Jeg ønsker derfor nå å se litt nærmere på hva det vil si å bli rammet av akutt kritisk sykdom, intensivmiljøets påvirkning og hvordan kroppen mestrer dette stresset.

Jeg har valgt å trekke inn Benner og Wrubler sin teori om et fenomenologisk syn på stress og mestring. Benner og Wrubler (2002) har valgt et fenomenologisk menneskesyn i sin teori om stress og mestring, da de mener et slik menneskesyn kan beskrive god sykepleie mer adekvat enn et sosialt- og naturvitenskapelig menneskesyn. Fenomenologi vil si læren om fenomener, og vil beskrive og trenge inn i fenomenenes vesen eller betydning. En fenomenologisk tilnæringsmåte erkjenner at mennesket konstruerer sin egen virkelighet. Oppmerksomheten flyttes fra de ytre objekter til menneskets egen erfaring og forståelse. Fenomenologien fremhever nødvendigheten av å forstå menneskets verden slik den opplevelsesmessig trer frem (Jahren Kristoffersen 1996). Storli m.fl (2008) trekker frem et eksempel om en pasient som kommer tilbake til intensivavdelingen etter 10 år. Da han hører lyden av pusting fra respiratoren klarer han ikke å huske selve lyden, men han kjenner ubehag i brystet. Dette er den samme type smerte som har plaget han siden oppholdet. Storli m.fl (2008) sier i denne forbindelsen at det er noe man kan vekke til liv i en erfaren kropp gjennom gjenlyd og assosiasjoner med tidligere opplevde situasjoner, noe som kan bli gjenkjent og forstått som noe. De sier videre at gjennom et fenomenologisk perspektiv kan man skaffe seg en dypere innsikt i dette fenomenet.

3.1 Den akutt kritiske syke pasienten.

Å være skutt kritisk syk antyder at situasjonen er, eller kan bli, livstruende dersom den ikke blir behandlet. Tiden fra situasjonen oppstår til hjelp iverksettes, kan være avgjørende (Moesmand og Kjøllesdal 2005).

Hvordan det er å være akutt kritisk syk er vanskelig å vite eksakt for den som ikke har vært det. Selv om vi som intensivsykepleiere er i daglig kontakt med akutt kritisk syke, er det vanskelig å få full forståelse for hvordan dette oppleves for den syke. En måte vi kan få bedre innsikt i dette på er gjennom samtaler med pasienten når det kritiske forløpet er over, skjønnlitteratur, biografier og artikler i fagtidsskrifter (og Moesmand og Kjøllesdal 2005). I følge Moesmand og Kjøllesdal (2005) forandrer opplevelsen av å være akutt kritisk syk seg fra time til time og fra dag til dag. Det skifter mellom håp og håpløshet, visshet og uvisshet, trygghet og utrygghet, og den syke kan ha varierende grad av bevissthet og evne til å skille mellom fantasi og virkelighet. Ut ifra denne beskrivelsen av å være akutt kritisk syk kan man se at det er en utfordring for oss som intensivsykepleiere å møte disse pasientene. En studie gjort av Hupcey og Zimmerman i 2000, fant at behovet for trygghet var det viktigste hos en gruppe intensivpasienter, og at en måte å imøtekomme dette på var informasjon både under og etter sykdom for å få forståelse av hva som var skjedd med han (Moesmand og Kjøllesdal 2005). Akutt kritisk syke har ofte ikke evnen til å snakke på grunn av at de er intuberte eller sederte, og de mister derfor evnen til å uttrykke de ulike sanseintrykkene de opplever. Dette kan derfor komme frem i drømmer eller mareritt (Moesmand og Kjøllesdal 2005). Dette vil kunne ha en effekt på bearbeidingen av inntrykkene, og derfor være mulig årsak til at uforståelige drømmer og mareritt dukker opp hos pasienten etter at den kritiske perioden er over. Det er her vi som intensivsykepleiere kan hjelpe pasientene videre ved å kunne svare på hva pasienten faktisk har vært igjennom, for eksempel ved bruk av dagbok.

3.2 Intensivavdelingens ukjente miljø.

For de fleste pasientene som kommer til en intensivavdeling er miljøet ukjent, og bare det kan for mange oppleves traumatisk og være et utgangspunkt for stress. Jeg vil derfor omtale kort hva dette miljøet har å si for pasientens opplevelse i møte med en slik høyteknologisk avdeling.

Pasienter og pårørende kan oppleve stress, angst, usikkerhet og hjelpeløshet på grunn av miljøet på intensivavdelingen og det tekniske utstyret (Dybwik 2006). Avdelingens fysiske struktur er preget av det tekniske utstyret. Lyd- og lysintensiteten kan være en belastning for pasienten og det kan virke skremmende og forstyrrende på pasientens mulighet for søvn og hvile (Moesmand og Kjøllesdal 2005). I menneskets hverdagsverden er intensivrommet et fremmed rom, det er et rom med en særegen atmosfære og med ujevn rytme. Ro avbrytes av uro. Det blinker i lystavle. Alarmlyden fra respiratoren og sildring i thoraxdrenet er alle fremmede lyder (Storli 2001).

På en intensivavdeling blir en akutt kritisk syk pasient tilkopledd mye teknisk utstyr, både med tanke på behandling og observasjon. Min erfaring er at det er individuelt hvordan pasienten opplever dette. Noen føler fortrolighet med apparatene og har en innstilling om at dette kan hjelpe dem videre, mens andre føler seg hjelpeløse over at de ikke har full kontroll over situasjonen. Jeg vil tro at god informasjon til pasienten vil kunne bedre situasjonen for en engstelig pasient. Som Moesmand og Kjøllesdal (2005) sier er det viktig for pasienten at han føler at intensivsykepleieren er trygg på alt utstyret, samtidig som hun ikke overser pasienten eller behandler han som et objekt. Dette kan bidra til å umenneskeliggjøre pasienten. Hva intensivpasienten opplever av omgivelsene, varierer med hans tilstand og den behandlingen han får.

Benner og Wrubler (2002) presiserer i sin teori viktigheten av å informere pasienten tidlig når han kommer til bevissthet. For spesialsykepleieren er situasjonen velkjent, mens pasienten derimot kan føle seg "situasjonsløs" dersom situasjonen oppleves fremmed.

3.3 Stress og mestring.

I medisinsk ordbok fra Kunnskapsforlaget (Kåss 1998) forklares stress som en terminologi for belastning og påkjenning, fysiske og psykiske, som utgjør en belastning for organismen. Stress utløses av stressfaktorer, som for eksempel alvorlig kroppslig skade, og det utløser en forsvarsreaksjon fra kroppens side med økt produksjon av hormoner fra både binyremarg og binyrebark. Bunkholdt (2000) definerer stress ut fra tre innfallsvinkler:

- 1) Stress er et fysiologisk og psykologisk svar fra organismen på forskjellige former for belastning.
- 2) Stress er enhver ytre hendelse som individet ikke har erfaring med, og som det kreves uvanlig innsats for å mestre.
- 3) Stress kan ses som et samspill mellom individet og omgivelsene.

I følge Bunkholdt (2000) sier Lazarus at stress oppstår i spenningsforholdet mellom en person og omgivelsene, hvor personen vurderer omgivelsene som så belastende at ressursene ikke strekker til, og dermed truer ens tilpasning.

Det er den enkelte menneskets tankemessige vurdering og individets evne til mestring som avgjør om en situasjon er stressfylt eller ikke. Enhver hendelse kan i prinsippet utløse stress, men generelt kan vi si at en forandring som krever en eller annen form for tilpasning, kan være en stressutløsende situasjon (Bunkholdt 2000). Benner og Wrubler (2002) sier at stress er et resultat av personens vurdering av sin relasjon til situasjonen, og sin evne til å tilpasse seg denne. De kaller dette forholdet en transaksjon.

Stress kan utløse flere psykologiske virkninger. I en stressfylt situasjon vil personen forsøke å orientere seg i den nye situasjonen, og finne forklaring på det som har skjedd. Post-traumatisk stressyndrom (PTSD) er en annen reaksjon som er knyttet til angst reaksjon ved sterkt traumatisk stress. Videre er sinne og aggresjon typiske følelsesmessige stressreaksjoner. Dersom personen opplever hjelpeløshet, manglende mestring og dermed lavt selververd, kan dette igjen føre til depresjon (Bunkholdt 2000).

Å mestre vil si individets aktivitet for å finne løsninger på en stressfylt situasjon. I følge Lazarus (2006) skiller det mellom to typer mestring; *følelsesfokusert mestring* og *problemfokusert mestring*. En følelsesfokusert mestring brukes når stressnivået er meget høyt. En forsøker da å gjøre noe med de følelsesmessige reaksjonene på det som utløste stressreaksjonen, for eksempel ved benekting. En problemfokusert mestring trer inn ved mer moderate stressnivå, og man forsøker da å gjøre noe med selve problemet som har utløst stressreaksjonen, for eksempel ved å finne en tilfredsstillende måte å leve med en kronisk sykdom på. I løpet av et sykdomsforløp bruker man ofte følelsesfokusert mestring i de første mest belastende fasene, mens den problemfokuserte mestringen kommer inn når den kraftigste problemfokuserte mestringen har avtatt (Lazarus 2006).

Slik jeg forstår det har Benner og Wrubler (2002) en annen vinkling på mestring av stress fylte situasjoner. De mener, ut ifra min tolkning, at en mestringsstrategi som demper, kontrollerer eller avleder i situasjonen, kan på kort sikt være nyttig, men at en slik mestring på lengre sikt vil skape strategier som fremmedgjør holdningene til følelser. De sier videre at å trene seg opp til å unngå følelser ikke er den beste mestringsstrategien på lengre sikt. På bekostning av et øyeblikks ro, mister personen muligheten til å lære av situasjonen eller å forholde seg til problemet. De ser ut til å være enig med Lazarus i forhold til det med følelsesfokusert mestring, og at det finnes tilstander der det er nødvendig å dempe eller endre følelsene for å kunne fungere, men de sier at følelsene ikke er innholds løse avbrytelser som skal kontrolleres fordi de forstyrrer den optimale funksjonen for mennesket. De sier følelser gir adgang til situasjoner som vil bli blokkerte dersom følelsene aldri skal komme opp og frem. Stress er en del av livet som ikke alltid må kureres, stress er et resultat av å leve i en verden hvor ting betyr noe for en. Ut fra deres fenomenologiske syn kan ikke et menneske tre ut av sin egen historie. Personen formes av sine egne opplevelser og erfaringer.

3.4 Intensivsykepleierens mulighet til å fremme mestring.

Å inneha tittelen intensivsykepleier vil si å være autorisert sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie, og er dermed en fagperson med spesialkompetanse innenfor dette spesialfeltet (Stubberud 2005). Vi har gjennom denne tittelen ansvaret for akutt kritisk syke pasienter gjennom hele døgnet med alt det innebærer fra personlig stell til kontakt med pårørende. En av våre arbeidsoppgaver er da selvfølgelig også å hjelpe pasienten til mestring, som jeg nå vil gå litt nærmere inn på.

Moesmand og Kjøllesdal (2005) sier at pasient og pårørende har noen felles behov for å kunne mestre en situasjon hensiktsmessig. Disse behovene er å bli møtt som person, få informasjon og hjelp til å kunne forholde seg til innholdet i informasjonen, få medvirke i behandling og pleie i den grad det er mulig og ønskelig, få emosjonell støtte i forbindelse med følelsesmessige reaksjoner og ikke minst å opprettholde kontakten med hverandre. For å kunne møte disse behovene er det hensiktsmessig med kontinuitet i sykepleien for å hindre at det oppleves som om ingen er forpliktet til å følge opp pasienten og ta vare på ham (Moesmand og Kjøllesdal 2005). Min erfaring er at kontinuitet i sykepleien langt på vei etterstrebes, men at det ikke alltid er gjennomførbart da det er turnusjobbing, samt at mange sykepleiere går i reduserte stillinger.

Kommunikasjon er det viktigste redskapet vi som intensivsykepleiere har for å fremme mestring. Det finnes både verbal- og non-verbal kommunikasjon, og begge typene brukes i kommunikasjon med intensivpatienten, som kan være intubert og sedert, noe som tar fra han evnen til verbal kommunikasjon. I en sårn situasjon er det derfor viktig for pasienten at han opplever at noen kjenner han, og at han på den måten kan få en økt følelse av sikkerhet og velvære (Moesmand og Kjøllesdal 2005). En måte å oppnå et slik tillitsforhold på er å gjøre seg kjent med pasienten og hans situasjon. Dette kan gjøres gjennom pårørende dersom pasienten selv ikke kan gjøre rede for seg.

Jeg har hatt en personlig oppfatning av at intensivsykepleierens væremåte har hatt stor betydning for den tillitskapende kontakten med pasienten. Dette er noe som blir

bekreftet av Moesmand og Kjøllesdal (2005). De sier at væremåten er sykepleierens personlige kompetanse, og at den minsker følelsen av sårbarhet og avhengighet, samtidig som det kan påvirke pasientens håp gjennom at noen er interessert i deg og tar vare på deg. Benner og Wrubler (2005) har i sin teori om omsorgens betydning i sykepleie omtalt det personlige engasjementet hos omsorgsgiveren og dens betydning for utøvelse av sykepleie. De sier at sykepleierens personlige engasjement er grunnlaget for at pasienten kan tolkes og kjennes av sykepleieren. De sier videre at det er sykepleierens egen historie, profesjonelle historie og situasjon som er utgangspunktet for hennes personlige engasjement. Et personlig engasjement kan ifølge Benner og Wrubler (2005) gjøre det mulig for sykepleieren å tolke den medisinske tilstanden på lik linje med pasienten, noe som gjør henne i stand til å forstå hva som betyr noe for pasienten og handle ut ifra det. Personlig engasjement er det samme som omsorg, og uten omsorg er hverken helbredelse eller velbefinnende mulig (Benner og Wrubler 2005).

For å kunne hjelpe pasienten best mulig med tanke på mestring er det viktig å ta hensyn til deres personavhengige karakteristika som intelligens, utdanning, økonomi og venner/familie, og støtte opp om de muligheter for løsning som pasienten selv ser. Pasienten trenger i tillegg hjelp til å klargjøre sine mål og egne mestringsressurser for å få frem hva de trenger hjelp med (Moesmand og Kjøllesdal 2005).

Å informere pasienten er et viktig område for å fremme mestring i en vanskelig situasjon. Pasienten må på en forståelig måte få informasjon om hva som har skjedd, hva som gjøres og kommer til å bli gjort, og at kompetent helsepersonell gjør det de kan for å hjelpe han og at han kontinuerlig overvåkes. Informasjon gir en viss opplevelse av kontroll, og forebygger at fantasien overtar (Moesmand og Kjøllesdal 2005). Det er viktig å være klar over at alle pasienter er forskjellige, og at de har forskjellig behov for informasjon. Noen krever detaljert informasjon, og trenger dette for å beholde kontrollen, mens andre distanserer seg fra situasjonen ved å ikke ta imot all informasjon.

*Kom ikkje med heile sanninga
kom ikkje med havet for min tørste,
kom ikkje med himmelen når eg bed um ljøs
men kom med ein glimt, eit dogg, eit fjom,
slik fuglane ber med seg vassdropar frå lauget,
og vinden eit korn av salt.*

(Olav H. Hauge 1980).

4.0 REAKSJONER ETTER ET INTENSIVOPPHOLD

Å være skutt syk og bli innlagt på en intensivavdeling er for de fleste en stor påkjenning, og naturligvis vil dette gi en reaksjon på kroppen. Å bli tatt fra evnen til å kunne puste selv, bli sedert og bli trakealsugd i tillegg til å bli koplet til mye ukjent utstyr kan føre til engstelse og usikkerhet hos pasienten, som videre kan føre til mer alvorlige psykologiske problemer. Jeg vil nå se litt nærmere på reaksjoner som kan oppstå hos pasienten etter et intensiv opphold, og videre vil jeg se nærmere på hva disse reaksjonene kan føre til, post-traumatisk stress lidelse (PTSD).

4.1 De uklare eller manglende minnene fra intensivoppholdet.

Det er individuelt hva en pasient husker fra intensivoppholdet sitt. Alle pasienter husker noe, men det som huskes kan preges av endret tidsopplevelse og endret kroppsfølelse. Det pasienten bærer med seg av erindringer, står i sammenheng med det livet han har levd, følelser som vekkes og til reelle hendelser (Storli 2001). Storli sier at alle husker noe, men en studie som Adamson m.fl gjorde i 2004 sier at noen pasienter opplever å ikke huske noe fra oppholdet. Griffiths og Jones (2001) sammenligner det å våkne opp på intensiv, som å våkne om morgenen uten å huske hva som skjedde kvelden før, bortsett fra at du på intensiv kanskje har minner om at du har blitt kidnappet eller torturert. Virkningen av å overleve kritisk sykdom er for mange gjennomgripende, og i følge studien av Adamson m.fl (2004) får alle en form for fysisk eller psykisk problem. Det må tas i betraktning at denne studien kun hadde 6 deltakere, og at det derfor er usikkert om resultatet er representativt.

Før jeg går videre vil jeg si litt om hva uklare eller illusjonerte minner er. Illusjonerte minner består av drømmer, mareritt eller hallusinasjoner som pasienten har opplevd under intensivoppholdet. Det kan også forklares med minner pasienten har, men som han benekter er falske, eller minner av opplevelser som ikke deles med personell eller pårørende. De vanligste opplevelsene er forfølgelse og personlig fare, bortføring av romvesen eller at man er utsatt for eksperimenter (Griffiths og Jones 2003). Pasientene beskriver at det er vanskelig å skille de illusjonerte minnene fra virkeligheten.

(Griffiths og Jones 2001). Faktorer som påvirker disse minnene er forskjellige, men i hovedsak er det den akutt kritiske sykdommen og det som det medfører i form av feber, delirium og redusert søvn, i tillegg til medikamenter påvirker (Griffith og Jones 2003). Jones m.fl (2001) sier at evnen til å huske faktiske hendelser ikke har sammenheng med objektive påvirkninger, som liggetid, respiratorbehandling og medikamentell behandling. De sier videre at ytre hendelser glemmes raskere, mens indre opplevelser (hallusinasjoner, drømmer, mareritt) forsterkes, og at disse derfor huskes bedre. Hallusinasjonene skapes av miljøet og av pasientens personlige livs erfaring, og de kan bære preg av temaer som pasienten er opptatt av. Dette er et synspunkt som også støttes av Storli (2001). En mangel på reelle minner fra intensiv er assosiert med økning i illusjonerte minner og dermed emosjonelle problemer (Rattray og Hull 2008). Dersom vi ser dette sammen med Jones m.fl (2001) sin studie kan vi få en forståelse av hvorfor så mange får psykologiske problemer etter intensiv opphold: De ytre hendelsene, eller de reelle minnene glemmes, mens de illusjonerte huskes bedre, noe som videre fører til at det blir mangel på reelle minner som igjen forsterker de illusjonerte minnene.

Löf (2007) gjorde en kvalitativ studie der de såg på pasientens forløp med tanke på hukommelsen. De kom også frem til at de ubehagelige minnene fester seg bedre enn andre minner. Adamson m.fl (2004) har en litt annen vinkling på temaet. Han påpeker at vonde minner blekner raskere enn gode for å redusere den negative virkningen. Videre sier han at dersom det er økende grad av depresjon, gir det en forstyrrelse i denne "minne blekningen" slik at både gode og dårlige minner blekner likt. Som tidligere nevnt hadde denne studien få deltakere.

Jones' m.fl studie fra 2001 viser at pasienter som kun husker de illusjonerte minnene hadde økt tendens til angst og depresjon 2 uker etter utskrivelse. De kom også frem til at de med illusjonerte minner etter 2 uker, hadde de samme minnene etter 8 uker. I følge Adamson m.fl (2004) er det mest vanlig å ha plagsomme minner de 3-4 første dagene etter utskrivelse, men at minnene blekner etter 6 måneder, og at de blekner raskere dersom det ikke har oppstått en depresjon underveis.

Dersom pasienten får frem de faktiske minnene kan dette bidra til at han oppdager at de illusjonerte minnene ikke er ekte (Griffiths og Jones 2001). De sier i sin studie fra 2001 at selv ubehagelige, men reelle minner kan redusere angsten.

Daglig redusering av sedasjon ser ut til å redusere illusjonerte minner (Ratray og Hull 2007).

Opplevelsene fra intensiv og minnene som pasienten sitter igjen med har betydning for videre psykisk bedring, og det er derfor viktig med behandling tidlig i forløpet (Jones m.fl 2001). Det er viktig å la pasienten snakke om tanker og følelser (Löf m.fl 2007). Å informere pasienten om hva som egentlig har skjedd, kan gi pasienten en sjanse til å oppdage at de illusjonerte minnene ikke er ekte (Griffiths og Jones 2003).

4.2 Post-traumatisk stress lidelse (PTSD).

Det er flere årsaker til at mennesker utvikler PTSD, men jeg ønsker her å kun ta for meg pasienter som står i fare for å utvikle lidelsen i forbindelse med opphold på intensivavdeling. PTSD er en tilstand fremmet av opplevelser av skrekkfylte hendelser, utenom vanlig menneskelig erfaring. Den utløser sterke subjektive responser som intens frykt, hjelpeløshet og skrekk (Griffiths og Jones 2003).

Det bør ifølge Ratray og Hull (2007) gå opptil en måned etter en traume før man diagnostiserer PTSD, dette på grunn av at mange av symptomene er regnet som normale reaksjoner de første dagene etter en traumatisk hendelse. Griffiths og Jones (2003) sier derimot at man etter bare 2 uker kan identifisere om pasienten er i fare for å utvikle PTSD ved å vurdere hans minner fra intensiv og graden av angst. Scragg m.fl (2001) mener at pasienten de første månedene etter utskrivelse har nok med å oppnå fysisk helse, og at de psykologiske virkningene fra erfaringene fra intensiv derfor kommer senere.

I følge Scragg m.fl (2001) finnes det tre grupper av symptomer ved PTSD:

- Gjennopplevelse av traume
- Unngår stimuli som kan minne om traumet
- Søvnvansker, redusert konsentrasjons evne og økt irritabilitet.

Langvarig opphold på intensivavdelinger, samt langvarig sedering og mekanisk ventilasjon er årsaker til at pasienter kan utvikle PTSD (Cuthbertson m.fl 2004). Jones m.fl (2001) sier at utviklingen av PTSD er relatert til antall ugunstige minner pasienten har fra intensiv. Både Löf (2007) og Adamson (2004) sine studier har vist at langvarige vonde og uekte minner øker sjansen for å utvikle PTSD. Storli har også sett på dette, og sier at pasienter uten minner eller forståelse fra intensivtiden har overvekt av PTSD. Cuthbertson m.fl (2004) nevner at faktorer som individuell sårbarhet og oppfatningen av hendelsen er viktig med tanke på utvikling av PTSD.

Det er vurdert at 14-27% av alle intensiv pasienter kan utvikle PTSD. I følge Cuthbertson m.fl (2004) kan det være mørketall på antall tilfeller, da pasienter som har symptomer som tilsier at de ikke ønsker å gjenoppleve traumet, heller ikke ønsker å delta i studier, nettopp av den grunn å unngå og måtte forholde seg til traumet. Flere undersøkelser (Rattray og Hull 2007, Scragg m.fl 2001, Cuthbertson m.fl 2004) viser at yngre pasienter er mer utsatt for å utvikle lidelsen. Årsaken til dette er antydning å være oppfatningen av å være livstruende syk. Pasientens oppfatning av skaden har sammenheng med utvikling av PTSD (Cuthbertson m.fl 2004). Pasienter som fortsatt har fantasier etter 2 uker, men som ikke husker reelle hendelser er mer engstelige og deprimerte, noe som gjør de mer utsatt for å utvikle PTSD symptomer som påtrengende tanker og unngåelse av minner (Griffiths og Jones 2003).

Pasienten trenger aktiv behandling dersom han fortsatt har symptomer på lidelsen etter 1-3 måneder. Ved utelatt behandling står pasienten i fare for å utvikle kronisk PTSD (Griffiths og Jones 2003). Ved symptomer etter 3 måneder betegnes tilstanden som kronisk (Cuthbertson m.fl 2004).

5.0 DAGBOK SOM HJELP TIL Å FREMME BEARBEIDELSE HOS INTENSIVPASIENTEN

Etter å ha lest flere artikler om illusjonerte minner og PTSD, ser jeg at det i de fleste artiklene refereres til dagbok som intervensjon for å forebygge eller behandle disse problemene. Dagbok kan være en måte å fylle "tomrommet" pasienten sitter igjen med etter intensivoppholdet, og være et utgangspunkt for oppfølgingssamtale. Grunnlaget for det som skrives vil være undring inn mot hva kroppen sanser og hva som kan være betydningsfulle "øyeblikk" å stoppe opp ved (Storli 2000). Jeg vil i dette kapitlet om dagbok si litt om innholdet og hensikten med denne, både i forhold til pasienten og pårørende før jeg ser litt på de etiske aspektene rundt et slik dokument. Til slutt vil jeg se litt nærmere på intensivsykepleierens funksjon i dette arbeidet og prøve å få en forståelse av hvorfor ikke oppfølging i form av dagbok er en innarbeidet rutine på flere sykehus.

5.1 Dagbokens innhold, hensikt og form.

Jeg vil først beskrive litt nærmere hva en dagbok er for noe. I følge Storli og Lind (2006) er dagbok til intensivpasienten en omsorgshandling i form av et personlig notat til pasienten. Ut i fra en fenomenologisk betraktning er kroppen en "erfarende kropp", og ikke bare et "erfarende intellekt", og dagboken blir på den måten en fortelling som pasienten kjenner seg igjen i. Dagboken skal være en kilde til å forstå kroppens erfaringer bedre, og til å forstå erfaringene på en annen måte (Storli og Lind 2006). Hvilke pasienter som får dagbok avhenger av hvilke kriterier hver enkelt avdeling har, men ut ifra de artiklene jeg har sett nærmere på ser det ut til at det er vanlig å starte med dagbok hos pasienter som ser ut til å bli på intensivavdelingen lenger enn 2-3 dager. De som ofte ekskluderes er barn, hode skader og senil demente.

Dagboken bør innledes med en oppsummering av hendelser som har brakt pasienten til intensivavdelingen (Combe 2005). Roulin (2007) mener at begrunnelsen for å skrive dagbok bør være en del av innledningen. Dagboken kan formidle handlinger som blir gjort med pasienten og beskrive hvordan pasienten reagerer på dette, omgivelsene,

pasient rommet og utstyret rundt pasienten, samt forklaring på lyder, alarmer og annet støy (Stubberud 2005). Det er viktig å fremheve at undringen må fremheves i dagboken, vi skal ikke forklare eller forstå pasienten, men i ettertid gi han sjansen til å kunne sette hendelsene inn i sin sammenheng (Storli 2001). Roulin m.fl. (2007) har i sin studie beskrevet følgende momenter som bør være med i dagboken; beskrivelse av tilstanden, hva som gjøres for pasienten, hva pasienten har gjort, oppførselen hans og til slutt responsen han har hatt på gitt behandling. De såg videre i sin analyse av dagbøker at personalet hadde beskrevet ukomfortable og negative begivenheter, som for eksempel hjertestans og diaré. Hvis vi ser dette opp mot Bergbom m.fl (1999) sin studie er dette hensiktsmessig, da de fant ut at å lese om slike hendelser hjalp pasienten å kople minnene sine opp mot dagboka, og oppdage hva som virkelig hadde skjedd. Derimot viser Hupcey og Zimmermann (2000) sin studie at flere pasienter opplevde det som ubehagelig å lese om slike hendelser. Dette viser at den som skriver i dagboken må være varsom på hvordan en ordlegger seg og hva en beskriver. Når man eventuelt beskriver ubehagelig oppførsel fra pasientens side, må det kanskje i tillegg tas med at dette er en normal reaksjon i en slik situasjon.

Dagboken er ikke en del av journalen, og skal derfor ikke beskrive medisinske opplysninger, og skal ikke inneholde prøvesvar eller resultater av undersøkelser (Storli og Lind 2006). Det vil være naturlig å kommentere endringer i tilstanden, men da uten å beskrive medisinske detaljer (Storli 2001). Det er mest vanlig at dagboken plasseres ved pasientens seng, for at den skal være lett tilgjengelig å skrive i.

Noen avdelinger velger å ha med fotografier i dagboken. Med foto kan man vise pasienten akkurat hva han har vært gjennom og hvor syk han har vært. Å ta bilder av pasienten er noe pårørende kan delta i. Å ha med bilder av pårørende og personalet som har jobbet rundt pasienten, kan bidra til å gi pasienten et mer realistisk bilde av tiden på intensiv (Combe 2005). Det realistiske bilde reduserer faren for at dagboken blir en innholdsløs beskrivelse av intensivforløpet (Bäckman og Walther 2001). Noen avdelinger legger ved bilder og tekst om aktuelle apparater pasienten er tilkopleet for å gi pasienten mulighet til å lese om dette etter oppholdet (Bagger 2006).

Dagbokens hensikt er å fylle tomrommet i pasientens hukommelse og realitetsorientere illusjoner og mareritt (Stubberud 2005). I Combe sin studie fra 2005 viste det seg at pasienter som får faktiske opplysninger, lettere kommer seg tilbake til et normalt liv.

Dagboken er en kopleing mellom mitt nåværende normale liv til den uvirkelige tilstanden som jeg fløt omkring i under intensivtiden.

(Bäckman og Walther 2001).

Ved at pasienten ikke husker noe fra intensivoppholdet får han en urealistisk forventning i forhold til opptrening. Ved å gi pasienten en god oversikt over oppholdet på intensivavdelingen, kan han få et mer realistisk forhold til opptrening, og hvor lang tid dette vil ta (Bäckman og Walther 2001). I en artikkel i Sygeplejersken (2006) sier Bagger at dagboken skal hjelpe pasienten til å rekonstruere forløpet, og skille vrangforestillinger og fakta. Hun sier videre at dagboken er et verdifullt verktøy for pasienten og pårørende for å mestre og bearbeide intensivforløpet. Videre er dagbok en måte å opprettholde kommunikasjonen med en bevisstløs pasient på. Det er en tendens at flere dagbøker avsluttes når pasienten våkner til (Roulin m.fl. 2007). Dette kan tolkes som at dagboken er viktigst i den perioden pasienten ikke er kontaktbar eller er forvirret. Ellers er dagbok en form for omsorg som alle kan ta del i (Roulin m.fl. 2007). Ved at dagboken ligger ved pasientens seng, og at alle kan lese i den, får pårørende bekreftet at personalet interesserer seg for pasientens velvære. Dagboken gir en mulighet til å vise at man ser mennesket i alt det upersonlige tekniske miljøet (Bäckman og Walther 2001). Jeg har valgt å ikke inkludere oppfølgingssamtaler i denne oppgaven, men dagbok er et nyttig verktøy som utgangspunkt for denne samtalen.

Dagboken skal inneha en tekst som er skrevet i en personlig, men ikke privat tone. Teksten skal åpne for muligheter, men ikke slå fast sannheter. Et muntlig dagligspråk egner seg godt i en dagbok, da det gir rom for undring mer enn ferdige svar (Storli og Lind 2006). Det er forskjell på hvordan personalet skriver i forhold til pårørende. Pårørende kan være mer personlige og sende kjærlige hilsninger (Roulin m.fl. 2007). I Roulin m.fl. (2007) sin analyse av 8 dagbøker fant de at pårørende uttrykte både

positive og negative følelser like sterk, mens personalet kun uttrykte glede, håp og empati i sine innlegg, og i en mildere form enn pårørende. Personalet uttrykte aldri negative følelser, kun det positive i pasientens progresjon. Det må tilstrebes at dagboken følger fasen som pasienten befinner seg i. Når pasienten våkner, kan hans egne notater inngå i dagboken, for på den måten gjøre dagboken til et tiltak som sykepleieren og pasienten er sammen om (Storli og Lind 2006). Det er viktig at det skrives i dagboken daglig for at den skal gi pasienten kontinuiteten i oppholdet. Dersom det ikke blir skrevet hver dag, må det skrives et sammendrag (Bagger 2006).

Det er forskjellige synspunkt på når dagboken bør overleveres pasienten. Roulin m.fl (2007) mener at den bør overleveres ved utskriving fra intensivavdelingen og det samme mener Bäckman og Walther (2001), mens andre avdelinger venter til pasienten skrives ut fra sykehuset eller at den blir ettersendt hjem (Schou Landmark 2007).

5.2 Dagbok og pårørende.

I følge Combe (2005) bør pårørende bidra i dagboken. Hans studie viste at dagboken gjorde kommunikasjonen mellom pasient og pårørende lettere. Dersom pasienten har vrangforestillinger om at ingen har besøkt han og at ingen har brydd seg om han, er det opplevelser som kan være vanskelig å leve med. Ved at pårørende får skrive i dagboken underveis, der de noterer dato og tidspunkt, kan dette bekrefte for pasienten at de har vært hos han (Bagger 2006). En slik dagbok vitner om konstant tilstedeværelse (Roulin m.fl 2007). Pårørende kan gjennom å skrive i pasientens dagbok bidra til å opprettholde kontinuitet i pasientens liv. Dette kan de gjøre ved å fortelle om daglige ting som hendelser i TV serier som til vanlig opptar pasienten, eller været og fotball resultater hvis dette er ting pasienten interesserer seg for. Dagboken kan for pårørende sin del få en containerfunksjon, der de får gitt uttrykk for sine følelser og eventuelle frustrasjoner (Bagger 2006). Dagboken bidrar på en måte til at pårørende opprettholder et forhold til pasienten, noe som kan hjelpe dem med å håndtere sin situasjonen.

Etterlatte som får muligheten til å overta dagboken hvis pasienten dør, viser seg å være svært takknemlige for tilbudet. Den gir dem konkrete minner fra pasientens siste dager (Combe 2005). I Bäckman og Walther (2001) sin studie ga pårørende uttrykk for at dagboken hadde vært til stor hjelp i deres sorgarbeid etter tapet av en de hadde kjær.

5.3 Dagbokens etiske aspekter

Ved oppstart av dagbok skriving er pasienten sedert eller bevisstløs, og har derfor ikke mulighet til å gi tillatelse til at et slik dokument opprettes. Pasienten må derfor ha muligheten til å takke nei til dette tilbudet når han er i stand til å forstå hva dagbok er. Pasienten må få tilstrekkelig informasjon om dagboken til å ta en avgjørelse om han ønsker den eller ikke. På den måten handler vi i tråd med de *Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere* (2007) som sier at ”*sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått*”. Dersom pasienten tar avstand fra bruken av dagbok, skal dagboken makuleres (Storli 2000).

Selv om dagboken ikke er en del av journalen, inneholder den på lik linje taushetsbelagte opplysninger, og må derfor oppbevares forsvarlig (Schou 1997). Ut ifra kapittel 5.2 forstås det at pårørende er en viktig del av dagboken, det kan derfor oppstå en konflikt i forholdet til innholdet i boken. Schou (1997) sier at pårørende ikke har noen automatisk rett til å lese i dagboken. Det er da i strid med senere forskning som påstår at boken skal ligge lett tilgjengelig og at det skal være mulighet for flere å skrive i den. Storli og Lind (2006) sier også noe om eierforholdet, hun sier at dagboken er pasientens eiendom og at pårørende ikke har noen automatisk innsynsrett uten pasientens samtykke. Jeg tror det er viktig å beholde pasientens integritet ved at man begrenser hvem som får lese dagboken, og på den måten ivareta ”*pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger*” (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007). Også funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (NSFLIS 2002) krever at vi tar ansvar for å ivareta pasientens autonomi og integritet,

Retningslinjene som utarbeides for dagbok skrivingen må sikre at notatene ikke går fra å være personlige til å bli private. Man må her være bevisst på hvordan man titulerer pasienten. Pasienten er en nær fremmed, som av sykepleierne ikke skal titulere som ”kjære” (Storli 2006).

5.4 Intensivsykepleierens funksjon i dokumentasjon i pasientens dagbok.

Å skrive dagbok vil i stor grad være intensivsykepleierens ansvarsområde. Å skrive dagbok kan sees på som en utviklingsmulighet for intensivsykepleieren ved at oppmerksomhet på sanseinntrykk og pasientens kroppslige uttrykk kan utvikle og styrke det faglige skjønnet (Storli og Lind 2006). Flere sykepleiere setter fokus på dagbokskrivning som bevisstgjøring i pleien. Tanken på hvordan pasienten kan erfare og minnes det som gjøres med han blir også styrende for handling (Storli 2000).

Bäckman og Walther (2000) fant i sin studie at mange sykepleiere synes det var vanskelig å skrive i dagboken når pasientens situasjon ble forverret. Som tidligere nevnt fant Rouilin m.fl (2007) i sine analyse av dagbøker at personell omtalte positive hendelser, og ikke de negative. Det kan tenkes at dette er årsaken til at sykepleierne synes det er vanskelig å forholde seg til en forverret situasjon eller død i dagboken.

I Schou Landmark (2007) sin spørreundersøkelse om praktisering av oppfølgingssamtaler, ble dagbok en naturlig del av undersøkelsen. En av tilbakemeldingene hun fikk viser en type holdning til arbeidet med dagbok: *”å skrive dagbok ser vi på som en omsorgshandling på lik linje med alt det andre vi gjør, vi ser det som meget stimulerende, spennende, utfordrende og en mulighet til å se pasienten som et menneske i den meget teknologiske verden som intensivavdelingen står for”*.

Kvande skrev våren 2008 sin masteroppgave om dagbokens betydning for intensivsykepleierens fagutøvelse. Hun skrev at dagbokskrivning som arbeidsmåte kan åpne for en dypere innlevelse, berørthet og forståelse av pasienten og den situasjonen han befinner seg i. Gjennom dette mener hun at det faglige skjønnet utvikles og styrkes. Hun sier videre at en oppfølgingssamtale mellom intensivsykepleier og pasient

om erfaringer og minner, der dagboken er utgangspunkt for samtalen, kan gi verdifull innsikt i hvilken pasienterfaringer som kan fremme mulighet for fagutvikling og sikre kvaliteten på omsorgen hos intensivpasienter.

5.5 Hvordan få innført dagbok som rutine?

En undersøkelse av 8 avdelinger gjort i 2007 (Schou Landmark) viser at 62,8% skriver dagbok. Erfaringer fra avdelinger som har skrevet dagbok, sier at organiseringen av sykepleie tjenesten har betydning for tilbudet. For å fremme oppmerksomheten på dagbok i en hektisk hverdag, er faktorer som kontinuitet pleien og ”primærteam” viktig (Storli og Lind 2006). Dette støttes av Schou Landmark sin undersøkelse som mener at økte ressurser og bevisstgjøring kan føre til at flere vil kunne praktiserer dagbok skriving.

Fra 1996-1999 hadde den gang Regionsykehuset i Tromsø (Storli 2000) et prøveprosjekt på dagbok og oppfølgingssamtale gående. Rapporten fra den fortalte at det i starten var få intensivsykepleiere som ønsket å gå ”så nært” pasienten som de måtte med denne arbeidsformen. Men etter hvert viste det seg at flere og flere sykepleiere deltok. En intensivsykepleier beskriver følgende hvordan hun opplevde at ”gnisten” til å skrive ble tent på en oppfølgingssamtale:

*”Da forsto jeg at dette betydde masse for pasienten!
Hun ville til og med betale meg for dagboken! Fra
da av skrev jeg i alle dagbøkene!”*

(Storli 2001).

Avdelingene må utarbeide sine egne kriterier for inkludering av pasienter og retningslinjer for dagbok skrivinga, for å sikre rammen rundt tilbudet (Storli og Lind 2006). Bäckman og Walther (2000) sier at en investering i en notisbok og noen minutters skriving hver dag, kan i tillegg til en oppfølgingssamtale rekonstruere minnene fra intensiv. Da vi fra tidligere i oppgaven kan se at realistiske minner er en

forutsetning for bearbeiding, kan nettopp dette tiltaket være lønnsomt med tanke på pasientens helse og trivsel etter oppholdet. Problemområdene som knyttes til tiltaket rapporteres å være å finne tid i en hektisk hverdag og veiledning på innhold og arbeidsform (Storli 2000).

6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

En dagbok er et personlig notat til pasienten som oftest er skrevet av intensivsykepleieren eller annet personell på avdelingen. Hovedhensikten med dagbok er å fylle tomrommet i pasientens hukommelse og realitetsorientere illusjoner og mareritt. Studiet viser at ved å gi pasienten faktiske opplysninger om hendelser kan han komme seg lettere tilbake til et normalt liv. Ved å fremme de faktiske minnene oppdager pasienten at de illusjonerte minnene ikke er ekte. Et annet aspekt er at dagboken gir pasienten et mer realistisk bilde av hvor lang tid en opptreningsperiode vil vare.

Å bli akutt kritisk syk er en stor påkjenning for kroppen, og det er en situasjon vi er lite forberedte på. For mange som opplever akutt kritisk sykdom, får hendelsen konsekvenser i lang tid etterpå. Intensivpasienten kan oppleve å miste evnen til verbal kommunikasjon ved at han enten er sedert eller intubert. Å få en slik redusert mulighet til å kommunisere påvirker bearbeidelsen av opplevelsene.

Pasienten opplever stress og forsøker å komme gjennom situasjonen ved hjelp av mestring. Stresset oppstår på grunn av at omgivelsene blir for belastende, og kroppens ressurser strekker ikke til. Det er forskjellige syn på hvordan en slik situasjon på best mulig måte skal mestres.

Hva pasienten husker fra intensivoppholdet er svært individuelt. Noen påstår at de ikke husker noe, mens andre har minner, både illusjonerte og ekte. Mange av studiene jeg har sett på sier at mange intensivpasienter sitter igjen med illusjonerte minner. Det viser seg at disse minnene ofte sitter ”sterkere” enn ekte minner, og kan være årsaken til utvikling av PTSD eller andre psykiske problemer.

Min problemstilling gikk på om bruken av dagbok er hensiktsmessig for intensivpasientens bearbeiding. Ut fra litteraturen jeg har brukt i studiet vil jeg konkludere med at dagboken er hensiktsmessig. Dagboken hjelper pasienten til å fylle tomrommet i hukommelsen, den kan realitetsorientere ved illusjonerte minner som

igjen fører til redusert fare for utvikling av PTSD, den hjelper pasienten til å få et realistisk bilde av tiden det vil ta å trene seg opp igjen etter sykdommen og dagboken kan fungere som en måte å kommunisere med pasienten på. Hvis vi ser på det sykepleiefaglige vil bruk av dagbok gjøre intensivsykepleieren mer bevisst i sine handlinger.

Slik jeg ser det er det en utfordring å få innført dagbok som en rutine i intensivavdelinger, både på grunn av ressurs mangel, og på grunn av holdninger hos personalet. I tillegg oppfatter jeg det som usikkert hvordan et slik dokument skal håndteres i forhold til innsyn og oppbevaring. Jeg har ikke funnet noen klare retningslinjer for dette fra sentrale hold, og jeg vil tro dette er en nødvendighet for å fremme bruken av dagbok som en intervensjon i intensivavdelingen.

LITTERATUROVERSIKT

Pensumlitteratur

Benner, Patricia og Judith Wrubler (2002). *Omsorgens betydning i sygepleje. Stress og mestring ved sundhet og sykdom*. 2.opplag. København: Munkgaards Danmark.

Dybwik, Knut (2006). *Respiratorbehandling*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Moesmand, Anna Maria og Astrid Kjøllesdal (2005). *Å være akutt kritisk syk*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

NSFLIS (2002) *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier*.

Storli, S.L og R. Lind (2006). Dagbok og samtale. I: Dybwik, K. (red.) *Respiratorbehandling*. s. 218-227. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stubberud, Dag-Gunnar (2005). Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder. I: Gulbrandsen, T og D.G Stubberud (red.) *Intensivsykepleie*. s. 27-38. Oslo: Akribe AS.

Stubberud, Dag-Gunnar (2005). Utskrivelse fra intensivavdelingen. I: Gulbrandsen, T og D.G Stubberud (red.) *Intensivsykepleie*. s. 138-145. Oslo: Akribe AS.

Selvvalgt litteratur

- Adamson, Harriet m.fl. (2004) Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. I: *Intensive and Critical Care Nursing*. 20, s. 257-263.
- Bäckman, Carl G. og Sten M. Walther (2001). Use of personal diary written on the ICU during critical illness. I: *Intensive Care Med*. 27:426-429.
- Bagger, Christina (2006) Dagbok til kritisk syge patienter. I: *Sygeplejersken*. Nr 25.
- Bergbom, Ingegerd m.fl. (1999) Patients' and relatives' opinions and feelings about diaries kept by nurses in an intensive care unit: pilot study. I: *Intensive and Critical Care Nursing*. 15, 185-191.
- Bunkholdt, Vigdis (2000). *Psykologi –en innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: TANO AS.
- Combe, Denise (2005). The use og patient diaries in an intensive care unit. I: *Nursing in Critical care*. Vol 10 No 1 s. 31-34.
- Cullberg, Johan (2007). *Mennesker i krise og utvikling*. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cuthbertson, Brian m.fl. (2004) Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. I: *Intensive Care Med*. 30:450-455.
- Griffiths, Richard D. og C. Jones (2001). Filling the intensive care memory gap? I: *Intensive Care Med*. 27: 344-346.
- Griffiths, Richard D. og C. Jones (2003) *Intensive Care Aftercare*. 2.utgave. Edinburgh: Butterworth-Heinemann.
- Hauge, Olav H. (1980). *Dikt i samling*. Oslo: Norges Boklag.

- Hummelvoll, Jan Kåre (2001). *HELT –ikke stykkevis og delt*. 5.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hupcey, Judith E. og Helen E. Zimmerman (2000) The need to know: Experiences of critically ill patients. I: *American Journal of Critical Care*. May. Vol. 9, No 3 s. 192-198.
- Jahren Kristoffersen, Nina (1996). *Generell sykepleie 1*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Jones, C. m.fl. (2001) Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic Stress disorder-related symptoms after intensive care. I: *Crit Care Med*. Vol.29 No 3. s. 573-580.
- Kvande, Monica (2008). Å skrive dagbok til intensivpasienten – betydningen for Intensivsykepleierens fagutøvelse. Masteroppgave, Universitetet i Tromsø.
- Kåss. Erik (red.) (1998). *Medisinsk ordbok*. 5.utgave. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Lazarus, Richard S. (2006). *Stress og følelser –en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.
- Löf, Lennart, L.Berggren, G.Ahlström (2007). ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: Follow-ups after 3 and 12 months. I: *Intensive and Critical Care Nursing* 24, 108-121.
- Rattray, Janice E. og A. Hull (2008). Emotional outcome after intensive care: literature review. I: *Journal of Advanced Nursing*. 64(1), 2-13.
- Roulin, M.J, S. Hurst, R. Spirig (2007). Diaries written for ICU patients. I: *Qualitative Health Research*. Vol.17 No 7. s. 893-901.

- Schou, Inger (1997). *Dagbok til intensivpasienter*. Oslo: Akademika AS.
- Schou Landmark, Jette (2007). Snakk med pasienten. I: *Sykepleien*. Nr 15.
- Scragg, P, A. Jones og N. Fauvel (2001). Psychological problems following ICU Treatment. I: *Anaesthesia* 56, 9-14.
- Storli, Sissel Lisa (2000). *Dagbok og oppfølgingsamtale, virksomhetsbeskrivelse*. Regionsykehuset i Tromsø.
- Storli, Sissel Lisa (2001). Dagbok og oppfølgingsamtale som kilder til forståelse av intensivtiden. I: Gjengedal, Eva og R. Jakobsen (red.) *Sykepleie-praksis og utvikling*. s. 394-405. Oslo: J.W Cappelens Forlag AS.
- Storli, S.L, A. Lindseth, K. Asplund. (2008). A journey in quest of meaning: a Hermeneutic-phenomenological study on living with memories from Intensive care. I: *Nursing in Critical Care*. Vol.13 No 2. s 86-96.