



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Närståendes upplevelser av att deras partner vårdats i flerbäddsrum på en intensivvårdsavdelning

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Emma Johansson och Susanne Åberg

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Magisteruppsats

Våren 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Närståendes upplevelser av att deras partner vårdats i flerbäddsrum på en intensivvårdsavdelning

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Emma Johansson och Susanne Åberg

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Magisteruppsats

Våren 2017

Abstrakt

Patienter på intensivvårdsavdelningar vårdas ofta i flerbäddsrum och studier har visat att både patienter och deras närstående upplever brist på privatliv med både vårdpersonal, medpatienter och deras närstående runt sig. Bristen på privatliv kan upplevas problematisk och hindra kommunikationen mellan patienten och dennes närstående. Syftet med studien var att belysa närståendes upplevelser av att patienten vårdats på en intensivvårdsavdelning i ett flerbäddsrum. Författarna har använt sig av semistrukturerade intervjuer för datainsamling. Intervjuerna transkriberades och den utskrivna texten analyserades sedan med hjälp av innehållsanalys. I resultatet framkom att närstående upplevde trygghet på intensivvårdsavdelningen. De faktorer som påverkade tryggheten positivt var vårdpersonalen, miljön och den medicintekniska utrustningen. Det framkom även att vårdpersonalen med små medel kan underlätta för de närstående i flerbäddsrum under vårdtiden.

Nyckelord

Intensivvårdsavdelning, flerbäddsrum, närstående, upplevelser

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Miljön på en intensivvårdsavdelning	6
Intensivvårdssjuksköterskans roll	8
Patientens upplevelse av att vårdas på en intensivvårdsavdelning	8
Närståendes upplevelser av att besöka en intensivvårdsavdelning och deras betydelse för omvårdnadsprocessen	10
Syfte	11
Metod	11
Urval	11
Inklusionskriterier	12
Informanter	12
Instrument	13
Datainsamling	13
Analys av data	13
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat	15
Trygghet på intensivvårdsavdelningen	16
Min partner i fokus	16
Den fysiska miljön på intensivvårdsavdelningen	17
Intryck av vårdpersonalen	18
Närvaro av medpatienter och deras närstående	19
Närståendes egen delaktighet	20
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	24
Konklusion och implikationer	28
Bilaga 1 (2)	32
Intervjuguide	32

Introduktion

Problemområde

En intensivvårdsavdelning är en avdelning för svårt sjuka patienter med mycket medicinteknisk utrustning (Olausson, Ekebergh & Lindahl, 2014). På grund av all högteknologisk utrustning kan patientrummen uppfattas trånga med mycket ljus och ljud. Den medicintekniska utrustningen är livräddande för patienterna och ett viktigt hjälpmedel för intensivvårdssjuksköterskan (Almerud, Alapack, Fridlund & Ekebergh, 2008).

Intensivvårdssjuksköterskan är ett viktigt stöd för patienten, och ännu viktigare i brist på närstående (Bergbom & Askwall, 2000; Hupcey, 2001; Olausson, Lindahl & Ekebergh, 2013; Wåhlin, Ek & Idvall, 2006). Patienter som har närstående vid sin sida upplever inre lugn och ökad trygghet (Bergbom & Askwall, 2000; Engström & Söderberg, 2007; Karlsson, Bergbom & Forsberg, 2012; Wåhlin et al., 2006). Närstående är en stor resurs för vårdpersonalen, både i omvårdnadsprocessen runt patienten och som informationskälla för att lära känna medvetlösa patienter (Almerud et al., 2008; Bergbom & Askwall, 2000). Närstående fungerar även som språkrör mellan patienten och personalen, då närstående känner patienten väl och kan tolka signalerna patienten ger (Bergbom & Askwall, 2000; Engström & Söderberg, 2007). Det är viktigt för närstående att känna sig inkluderade i processen runt patienten och få adekvat information (Frivold, Dale & Slettebö, 2015).

På intensivvårdsavdelningar ligger patienterna antingen i enkelrum eller i rum med två eller flera sängar, så kallade flerbäddsrum (Almerud et al., 2008; Fridh, Forsberg & Bergbom, 2009; Olausson et al., 2012). I flerbäddsrummen finns skärmar eller gardiner som avdelare mellan sängarna. Studier har visat att både patienter och närstående föredrar enkelrum framför flerbäddsrum (Fridh et al, 2009; Olausson, Ekebergh & Lindahl, 2012; Wåhlin et al., 2006). Detta beror till stor del på att behovet av privatliv tillgodoses bättre på enkelrummen, även att inte behöva se andra människors lidande och sorg upplevs som en fördel. Även intensivvårdssjuksköterskan upplever fördelar med enkelrummen då det finns utrymme för mer naturliga samtal (Almerud et al., 2008).

Studier har visat att både patienterna och deras närstående upplever brist på privatliv under vistelsen på intensivvårdsavdelningar (Fridh et al., 2009; Karlsson, Bergbom & Forsberg, 2012; Karlsson, Forsberg & Bergbom, 2010). Till exempel kände patienterna att de inte kunde ta upp känsliga ämnen med sina närstående, och lät därmed bli att prata om det de egentligen ville. Även de närstående tyckte att det var svårt att prata obehindrat när vårdpersonalen var närvarande. Studier där närstående har fått ge sin bild av miljön på intensivvårdsavdelningar har visat att rummets utformning har betydelse för de närståendes upplevelser av intensivvårdstiden (Fridh et al., 2009; Olausson et al., 2012).

I ovan nämnda studier framgår det att bristen på privatliv upplevs besvärande av både patienter och närstående. I första hand handlar det om att personalen alltid är närvarande, men även att övriga patienter och deras närstående är ett problem framgår. Dock är det ingen av studierna som fokuserar endast på närståendes upplevelser av att patienten vårdas i flerbäddsrum. Kunskap om närståendes upplevelser av att patienten vårdas på flerbäddsrum kan bidra till att vårdpersonal får ökad förståelse för de närstående. Det kan även hjälpa personalen i sitt yrkesutövande om de får mer inblick i den närståendes upplevelse av vården och miljön på flerbäddsrum.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Dorothea Orem (2001) omvårdnadsteori poängterar egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. Egenvårdskapaciteten en människa besitter ska vara i jämvikt med egenvårdskravet för att uppnå en egenvårdsbalans. Det är när den enskilda människans egenvårdskrav överstiger egenvårdskapaciteten som det uppstår en egenvårdsbrist. Sjuksköterskans profession, med omvårdnad som huvudområde, har som främsta uppgift att stötta patienten i sin egenvård och sätta in sina insatser när patientens egenvårdskapacitet inte räcker till. Sjuksköterskor utvecklar sin kompetens genom teoretiska studier och beprövad erfarenhet. Orem (2001) talar om olika omvårdnadssystem som sjuksköterskan kan använda sig av, beroende på hur grav patientens egenvårdsbrist är. Sjuksköterskans arbete går ut på att minska skillnaden mellan patientens egenvårdskapacitet och egenvårdskrav. Orem (2001) talar även om närståendeomsorg vilket innebär att människan vårdar och befrämjar god hälsa hos sina nära. Närståendeomsorg är det människor gör för sina närstående när de själva inte

kan tillgodose sitt egenvårdsbehov (Orem, 2001). Patienterna på intensivvårdsavdelningar har en stor egenvårdsbrist och är beroende av intensivvårdssjuksköterskans omvårdnadskapacitet. En del i intensivvårdssjuksköterskans omvårdningsplan är att stötta de närstående till närståendomsorg och därmed främja samvaro mellan patient och dennes närstående utan att kränka patientens integritet. Författarna tänker sig att detta försvåras när patienten vårdas i flerbäddsrumsrum och medpatienter och deras närstående är närvarande.

Intensivvårdssjuksköterskan har en viktig roll i att finna omvårdningsstrategier som underlättar samspelet mellan patienten och dennes närstående, vilket i sin tur stärker anknytningen dem emellan (Eriksson, Lindahl & Bergbom, 2010; Karlsson et al., 2010). De närstående som kommer in till patienten på en intensivvårdsavdelning kan reagera på sådant sätt att anknytning till patienten blir förhindrad, till exempel chockade närstående som har svårt att hantera situationen (Eriksson et al., 2010). De närstående kan uppleva rädsla för att vidröra patienten och av misstag rubba livsviktig medicinteknisk utrustning ur sitt läge och detta hindrar samspel dem emellan. För att anknytning ska ske mellan närstående och patient behövs en helande atmosfär på rummet. Där kan intensivvårdssjuksköterskan bidra genom att hjälpa den närstående till närståendomsorg i form av till exempel fysisk kontakt. Målet är att den närstående ska känna sig fri att vårda patienten på samma sätt som innan inskrivningen på intensivvårdsavdelningen. För de närstående är det viktigaste att vara i kontakt med patienten och det behovet överskuggar allt annat (Karlsson et al., 2010). Dessa behov blir än svårare att tillgodose när patienten vårdas i flerbäddsrumsrum, eftersom andra patienter och deras närstående inkräktar på den privata sfären (Olausson et al., 2012).

Miljön på en intensivvårdsavdelning

En intensivvårdsavdelning är en högteknologisk miljö som kan uppfattas som trång med mycket ljud och ljus (Olausson et al., 2014). Medicinteknisk utrustning är ett viktigt hjälpmedel för intensivvårdssjuksköterskan i övervakningen av patienten. Maskinerna är livräddande, men tar mycket av intensivvårdssjuksköterskans tid och uppmärksamhet (Almerud et al., 2008). Därmed kan de uppfattas av intensivvårdssjuksköterskan som ett hinder i mötet och relationen med både patienten och dennes närstående. Patienten ser den högteknologiska utrustningen som livräddande och nödvändig för fortsatt liv (Olausson et al., 2013). Även de närstående upplever utrustningen som nödvändig för patientens överlevnad och skrämmer inte dem (Fridh et al., 2009; Olausson et al., 2012). Olausson med flera (2012)

diskuterar att detta eventuellt kan bero på att många idag är vana vid teknik och även sett mycket medicinteknisk utrustning på TV.

På intensivvårdsavdelningar finns både enkelrum och flerbäddsrum (Almerud et al., 2008; Fridh et al., 2009; Olausson et al., 2012). Många närstående till patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning föredrar enkelrum, då de i flerbäddsrummen får bevittna andra människors lycka och/eller djupa sorg (Olausson et al., 2012). De mest privata stunderna i livet delas med främlingar och blir därmed offentliga. Även vårdpersonalen anser att det blir mer naturliga samtal på enkelrummen då de ger möjlighet till enskildhet (Almerud et al., 2008). Intensivvårdssjuksköterskan kan ibland skämmas inför patienter och närstående i flerbäddsrummen då själva rummen kan upplevas kaotiska och högljudda. Detta på grund av medpatienter som lider med stort vårdbehov och medicinteknisk utrustning som larmar. Både vårdpersonal och närstående upplever det även svårt att respektera patientens integritet och behov av privatliv i flerbäddsrum (Olausson et al., 2012; 2014).

I en studie intervjuades närstående till patienter som avlidit under sin vistelse på tre olika intensivvårdsavdelningar i Sverige, även här framkom vikten av enskildhet. Mer än hälften av de döende patienterna vårdades på enkelrum. Detta gjorde att deras närstående kände tacksamhet och upplevde de sista timmarna tillsammans med patienten värdefulla. Vissa patienter avled i flerbäddsrum med skärmar emellan och ibland var det endast tillåtet för ett begränsat antal närstående att vara närvarande samtidigt (Fridh et al., 2009).

För att göra miljön trevligare på en intensivvårdsavdelning är det vissa punkter som framkommit. Om närstående tar med sig personliga föremål och sängen placeras vid ett fönster ger det en möjlighet för patienten att drömma sig bort från rummet (Olausson et al. 2012; 2013; 2014) Fönstret har visat sig spela en viktig roll för både patienten, närstående och vårdpersonalen. Naturen utanför ger en känsla av tro, hopp och frihet. Det är även viktigt med en lugn och harmonisk miljö, vilket kan åstadkommas genom att sänka ljudet på larmande medicinteknisk utrustning och använda sig av ljudabsorberande skärmar mellan sängarna (Olausson et al., 2013). Det är viktigt för både patienten, vårdpersonalen och närstående att sekretessen respekteras och att patienten får en privat sfär omkring sig. Att göra miljön hemtrevlig kan underlättas med privata föremål, blommor, tavlor och TV-apparater på avdelningen. På svenska intensivvårdsavdelningar är det mestadels fria besökstider, vilket

innebär att närstående kan hälsa på patienterna närsomhelst på dygnet (Bergbom & Askwall, 2000).

Intensivvårdssjuksköterskans roll

Intensivvårdssjuksköterskans primära uppgift är att vårda svårt sjuka patienter som kämpar mellan liv och död (Almerud et al., 2008; Hofhuis et al., 2008). Detta arbete utförs med hjälp av medicinteknisk utrustning. Intensivvårdssjuksköterskan kan uppleva det svårt att se förbi den högteknologiska utrustningen och fokusera på patienten, detta är dock viktigt för patientens välmående. Det är viktigt att inte lita blint på utrustningen utan med erfarenhet kommer förmågan att tolka den medicintekniska utrustningen korrekt (Almerud et al., 2008). För patientens välmående är det även viktigt att intensivvårdssjuksköterskan är lyhörd när patienten visar tecken på obehag, till exempel smärta (Olausson et al., 2013). Detta försvåras ofta av att patienterna inte kan prata relaterat till intubation, sedering eller aktuellt sjukdomstillstånd. Relationen mellan intensivvårdssjuksköterskan och patienten bör vara god för att främja patientens tillfrisknande. Vårdpersonalens sätt att vårda har stor betydelse för patientens helhetsintryck av intensivvårdstiden.

Att vårda patienter på en intensivvårdsavdelning innebär att kompromisslöst vara nära patienten, kunna bedöma kritisk sjukdom och sträva mot att eliminera hot mot livet (Olausson et al., 2014). Intensivvårdssjuksköterskan spelar en viktig roll när det handlar om att stötta patienten, vilket blir extra viktigt vid brist på närstående (Bergbom & Askwall, 2000; Hupcey, 2001; Olausson et al., 2013; Wåhlin et al., 2006). En annan del av intensivvårdssjuksköterskans roll är att stödja närstående i kris (Engström & Söderberg, 2007; Olausson et al., 2014). Både intensivvårdssjuksköterskan och de närstående vill vara nära den svårt sjuka patienten och konkurrerar därmed om utrymmet runt sängen (Olausson et al., 2014). Intensivvårdssjuksköterskan är medveten om att närstående spelar en stor roll för patienten och den vetskapen ställs mot patientens behov av professionell omvårdnad. Intensivvårdssjuksköterskan känner sig ofta stressad och dras mellan olika uppgifter. Det är viktigt att under arbetsdagen få tid för att reflektera över och planera sitt arbete.

Patientens upplevelse av att vårdas på en intensivvårdsavdelning

Patienter som vårdats på intensivvårdsavdelningar upplever känslor som hjälplöshet, rädsla och ångest (Karlsson et al., 2012). De upplever sig vara beroende av vårdpersonalen för

överlevnad. Brist på kontroll vad gäller tid, plats och kroppsposition är andra aspekter som upplevs besvärande. Smärta och obehag försvårar tiden för patienterna och de känner sig tvungna att härda ut både smärtsamma omvårdnadsprocesser och undersökningar. Dessa negativa känslor blandas med känslor av att bli vårdad och sedd av vårdpersonalen, tillit till dem och trygghet. Vårdpersonalens närvaro blir en källa till energi för att härda ut den sårbara situationen och hjälp till återhämtning (Olausson et al., 2013). Patienterna upplever det viktigt med god kontakt med sina nära och kära och besöken av närstående bör uppfattas kravlösa (Bergbom & Askwall, 2000). Vissa patienter upplever det besvärande med besök då de inte känner sig bekväma med att visa sig sårbara för sina närstående. Patienterna själva vill bestämma vem som får besöka dem, och varken deras närstående eller personalen ska fatta det beslutet över deras huvuden. För patientens tillfrisknande är det viktigt med harmonisk atmosfär i rummet och att relationen mellan patient/närstående/vårdpersonal är god (Wåhlin et al., 2006). Att som patient inte själv kunna påverka valet av rum att vårdas i upplevs som stressfyllt. Att tvingas se och höra andra patienter som lider är svårt. Patienterna uppger att brist på privatliv är ett hinder i kommunikationen mellan patienten och dennes närstående (Karlsson et al. 2012). Det gör att patienten inte tar upp känsliga ämnen och därmed ökar känslan av ensamhet, hämmar patienten i att dela med sig av privata känslor och tankar och hindrar närhet. Karlsson med flera (2012) anser att vårdpersonalen bör beakta patientens behov av privatliv och väga detta basala behov mot nödvändig övervakning. Patienterna upplever det viktigt att informeras om vad som sker (Hofhuis et al., 2008). Då känner patienten sig mindre rädd och klarar bättre av situationen. Patienterna tycker det är obehagligt med oljud och höga röster, till exempel pipande maskiner och personal som pratar högljutt. Efterhand att patienten blir bättre och vitala funktioner stabiliserar sig kan patienten återta sitt oberoende och utföra vissa moment självständigt (Karlsson et al., 2012). Längtan efter självständighet är stor, liksom längtan efter att återgå till ett normalt liv tillsammans med sina nära och kära.

I en studie jämfördes hur närstående och personalen uppfattade patientens upplevelse av att vårdas på en intensivvårdsavdelning med patienternas faktiska upplevelser (Wåhlin, Ek & Idvall, 2009). Både liknande och skilda åsikter framkom. En skillnad som framkom var att patienten upplevde stämningen på avdelningen, samarbetet mellan personalen och bemötandet från personalen kontra både sig själv och sina närstående, mycket viktigare än vad både närstående och personal trodde. Patienten ville även ha kontinuitet i personalstyrkan runt sig och upplevde det mycket positivt när de själva och deras närstående var delaktiga i vården.

Både personalen och de närstående underskattade vikten av att patienten hade sina närstående vid sin sida. Patienten ville ha närmare relation till personalen och inte bara en professionell relation. Alla tre grupperna tänkte att patienten blev störd av miljön, men endast patienterna tog upp att personalen störde med högljudd konversation. Alla tre grupper tänkte sig att det var viktigt för patienten att vara stark, men både personalen och de närstående tänkte att det var kroppsligt, medan patienterna upplevde vikten av att vara mentalt stark.

Närståendes upplevelser av att besöka en intensivvårdsavdelning och deras betydelse för omvårdnadsprocessen

Närstående som besöker patienter på intensivvårdsavdelningar har stor betydelse som resurs i omvårdnadsprocessen och fungerar som språkrör mellan patienten och vårdpersonalen (Bergbom & Askwall, 2000; Engström & Söderberg, 2007). Patienten upplever ofta att de närstående har lättare att förstå dem än vårdpersonalen, då närstående tar sig tid till att förstå och känner dem bättre. Patienten upplever ett inre lugn och ökad trygghet när närstående finns vid dennes sida (Bergbom & Askwall, 2000; Engström & Söderberg, 2007; Karlsson et al., 2012; Wåhlin et al., 2006). Närstående betyder även mycket för vårdpersonalen då de ger en möjlighet att lära känna patienten (Almerud et al., 2008). Närstående kan vara den enda kontakten vårdpersonalen har för att få information om patienter som är medvetlösa. Antalet besökare och besöksfrekvensen är inte viktigt, utan kvaliteten i relationen är avgörande om patienten upplever de närstående som stödjande eller ej (Hupcey, 2001). För att vara stödjande mot patienten bör den närstående ha en positiv inställning och förmåga att fokusera på patientens behov. Intensivvårdssjuksköterskans uppgift är att säga ifrån om besöksantalet blir för stort eller om patienten inte vill ha besök.

Närstående upplever att patientrummet i första hand tillhör vårdpersonalen och är deras arbetsplats (Olausson et al., 2012). Det är vårdpersonalen som bestämmer om och när de närstående får vara inne på rummet. De närstående blir utskickade i samband med omvårdnad och behandling av både den patient de är och hälsar på, men även när det gällde andra patienter i samma rum. De hänvisas då till korridoren eller anhörigrum, vilka upplevs opersonliga och trånga.

När någon blir inlagd på en intensivvårdsavdelning blir dennes närstående beroende av personalens professionalitet och deras förmåga att ta hand om patienten (Frivold et al., 2015).

På en norsk intensivvårdsavdelning intervjuades närstående angående vikten av att få stöd av vårdpersonalen. Där framkom att de närstående upplever sig vara i två olika roller. Den ena rollen innebar att vara mottagare och belyste betydelsen av att få relevant information omgående och att få stöd av vårdpersonalen. Den andra rollen bestod i att vara deltagare, där de närstående upplevde det viktigt att känna sig inkluderad i processen på intensivvårdsavdelningen, både att vara delaktig i omvårdnaden av patienten och i beslutsfattandet kring vården som gavs. Betydelsen av information har visat sig vara avgörande för att de närstående ska förstå vad som sker, kunna hantera situationen och finna en meningsfullhet i det som händer. Närstående uppskattar en noggrann genomgång av den medicintekniska utrustningen för att få ökad förståelse för dess funktion (Fridh et al., 2009; Olausson et al., 2012). De närstående upplever brist på privatliv i den högteknologiska miljön, som en intensivvårdsavdelning är (Karlsson et al., 2010; Olausson et al., 2012). Eftersom samtalet med och förhållandet till patienten upplevs privat är det svårt för närstående att prata obehindrat med patienten när personalen är närvarande och lyssnar.

Syfte

Syftet med studien var att belysa närståendes upplevelser av att patienten vårdats på en intensivvårdsavdelning i ett flerbäddsrum.

Metod

Författarna har valt att använda sig av en kvalitativ forskningsmetod med induktiv ansats, med enskilda intervjuer som datainsamlingsmetod. Semistrukturerade intervjuer användes och författarna gick in med öppet sinne utan specifika frågeställningar. Vald metod är adekvat när syftet är att belysa en grupp människors upplevelser (Kvale & Brinkmann, 2014). Detta för att öppna frågor ger möjlighet till öppna svar och utan specifika frågeställningar ges författarna möjlighet att utan förutfattade meningar tolka den transkriberade texten. Författarna har valt att analysera texten utifrån Burnards innehållsanalys i fyra steg från 1996.

Urval

Studien genomfördes på ett större universitetssjukhus i södra Sverige under våren 2017. De patienter som varit inlagda på intensivvårdsavdelningen i mer än 48 timmar erbjuds uppföljning via en uppföljningsmottagning. Uppföljningssjuksköterskan träffar patienten och

dennes närstående några månader efter utskrivningen. Författarna vände sig till henne och bad henne fråga de närstående som uppfyllde inklusionskriterierna för studien om de var intresserade av att delta. Författarna fick en lista av uppföljningssjuksköterskan med kontaktuppgifter till de närstående som var intresserade. De kontaktades telefonledes och vid fortsatt intresse bokades tid för intervju. Författarna erbjöd att skicka hem informationsblankett vilket fyra accepterade, övriga informanter läste den innan intervjun inleddes och skrev under samtyckesblanketten. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är ett vanligt deltagarantal i intervjustudier 15 +/- 10 personer. Det som bestämmer hur många antalet i slutändan blir är den tid och de resurser författarna har att tillgå. När det inte framkommer någon ny kunskap under intervjuerna anses materialet vara mättat. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det en fördel att inte ha för snäva inklusionskriterier för att få en viss bredd i materialet.

Inklusionskriterier

- Patienten har överlevt och blivit kallad till uppföljningssamtal på intensivvårdsavdelningens uppföljningsmottagning.
- Både patienten och den närstående ska vara 18 år eller över.
- Prata och förstå svenska.
- Den närstående ska varit på intensivvårdsavdelningen och hälsat på patienten i ett flerbäddsrum.

Informanter

När författarna fick listan av uppföljningssjuksköterskan fanns det 14 namn på närstående som sagt sig vara intresserade. De närstående bodde på utspridda platser i södra Sverige. Två närstående fick författarna aldrig tag på, en var bortrest i ytterligare en månad och två blev sjuka innan intervjun hann genomföras. Det resulterade i nio informanter i studien varav åtta kvinnor och en man. De var alla partners till patienten de besökt på intensivvårdsavdelningen. Informanternas ålder varierade mellan 46-77 år och medelåldern var 67,5 år. Alla var födda och uppvuxna i Sverige. Fem av patienterna hade fått hjärtstopp i hemmet, en septisk chock i samband med inläggning på sjukhus, en icke planerad bukoperation, en planerad bukoperation och en aortadissektion. Intervjuerna tog mellan 15-38 minuter och medeltiden var 25 minuter.

Instrument

En intervjuguide för att genomföra semistrukturerade intervjuer användes (se bilaga 1). I början av intervjun ställdes frågor om informantens kön, ålder, orsak till inläggning av patienten och vilken relation de hade till patienten de besökt på intensivvårdsavdelningen. Detta redovisas i resultatet för att läsaren ska kunna göra en egen bedömning om resultatet är överförbart på andra grupper och i andra sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004). En semistrukturerad intervju inleds med en öppen fråga som täcker in syftet (Polit & Beck, 2013). Därefter beroende på vilka svar informanten ger ställs följdfrågor där i förväg bestämda ämnen täcks in. Pilot-intervju genomfördes för att upptäcka eventuella brister i intervjuguiden. Då inga ändringar gjordes i intervjuguiden inkluderades pilot-intervjun i analysen.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer genomfördes. Informanterna fick välja var och när (inom en 2 veckors period) de ville utföra intervjun. Författarna erbjöd lokal på sjukhuset där fem av informanterna önskade intervjuas. Övriga intervjuer genomfördes hemma hos informanterna. Båda författarna närvarade vid intervjuerna utom vid ett tillfälle på grund av sjukdom. Båda författarna var delaktiga i intervjun och ställde frågor, den ena var huvudintervjuare och den andra antecknade intryck och inflikade vid behov med följdfrågor. Uppdelningen av uppgifterna mellan intervjuerna var den samma under alla intervjuer. Författarna valde att göra på detta sätt för att lättare bli trygga i sina olika roller. Under datainsamlingens gång upplevde författarna att deras förmåga att lyssna aktivt ökade, vilket gjorde att författarna efterhand lättare kunde utgå ifrån vad informanten berättade och ställa adekvata följdfrågor. Intervjuerna spelades in för att därefter transkriberas ordagrant, vilket utgjorde materialet för analys (Burnard, 1996; Graneheim & Lundman, 2004; Kvale & Brinkmann, 2014).

Analys av data

När semistrukturerade intervjuer genomförs och sedan transkriberas är det upp till författarna själva att kategorisera innehållet i texten (Burnard, 1996). Innehållsanalys innebär att texten ges mening och nyckelfrågor identifieras. Enligt Burnards fyrstegsmodell inleds analysen med att texten läses i sin helhet och en öppen kodning görs. Det innebär att enstaka ord eller korta fraser noteras i marginalen. Detta gjorde författarna individuellt. Dessa ord/fraser ska

summera allt innehåll i texten. Därefter delade författarna gemensamt in orden och fraserna i kategorier. Ord och fraser som berörde samma ämne bildade tillsammans kategorier. Det innebar att synonymer och ord som återkom lades under samma kategori. För att styrka studiens giltighet rekommenderar Burnard (1991) att en utomstående forskare som är insatt i ämnet genomför en egen kategorisering. Detta gjorde författarnas handledare och vid diskussion efteråt framkom att alla tre fått fram liknande kategorier. Sex olika kategorier framkom i första analysen. Varje kategori tilldelades en färg och därefter färglades hela transkriptet och delade in texten i kategorier. Text med samma färg klipptes ut och klistrades in i samma dokument och därefter lästes dokumenten för att se att kategoriseringen var relevant. Efter att kategoriseringen var utförd gick författarna igenom texten igen för att svara på frågan "än sen då?" (Burnard, 1996). När författarna läste texten på nytt framkom att den ena kategorin genomsyrade hela materialet samt de övriga kategorierna. Därmed bildades en huvudkategori och fem underkategorier (se Tabell 1 och 2).

Tabell 1. Exempel på kodning och kategorisering

Fras	Kod	Kategori	Huvudkategori
<i>"När han väl kom dit så var ju jag väldigt tacksam för all den vård han fick och det var jag fullständigt lugn med att han fick den bästa vård som fanns att få" [3]</i>	Fokus patient Trygghet	Min partner i fokus	Trygghet på intensivvårdsavdelningen
<i>"Så var där en massa sjuksköterskor som gick och kolla tryck och blodvärde och sånt på han och att han andas och så di var bara positivt för de hjälpte han ju." [1]</i>	Vårdpersonal Trygghet	Intryck av vårdpersonalen	Trygghet på intensivvårdsavdelningen

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Vetenskapsrådets rapport "God forskningssed" (2011) är det viktigt att nyttan med forskningen överstiger risken för obehag för informanterna. De nämner fyra begrepp att ta hänsyn till i samband med forskning: tystnadsplikt, sekretess, anonymitet och konfidentialitet. Det är även viktigt att det finns ett tydligt syfte, som det går att få svar på via vald forskningsmetod. Analysen ska genomföras noggrant och möjliga felkällor ska identifieras och diskuteras. Syftet med forskningen bör svara på en fråga där svar inte redan finns.

Informanterna fick läsa igenom ett informationsbrev i lugn och ro som innehöll information om studien, anonymitet och att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som helst. Författarna hade med en samtyckesblankett, för informanten att underteckna, i samband med intervjutillfället. Risker som författarna identifierade för informanterna i studien var att det i samband med intervjuerna framkom känslor som kunde upplevas negativa, t.ex. sorg, ångest, oro. När detta skedde ansåg sig författarna kunna hantera det, med grund i sina yrkesverksamma karriärer som sjuksköterskor. Skulle författarna upplevt att informanten var i behov av ytterligare hjälp tänkte de sig att hänvisa informanten till berörd vårdinrättning. Det uppstod dock inget behov av det. Informanternas anonymitet respekterades genom att aidentifiera materialet och både intervjuerna och den transkriberade texten förvaras oåtkomligt för obehöriga. Detta innebär att intervjuerna och den transkriberade texten förvaras på ett kodskyddat lagringsutrymme och att transkripten aidentifierats genom att varje intervju fått ett nummer. Efter godkänd magisteruppsats kommer allt material att förstöras. Författarna anser att nyttan med studien är att närståendes upplevelser belyses. Med den ökade insyn det innebär kan vården förbättras för framtida patienter och deras närstående.

Projektplanen skickades till VEN för etisk granskning och samtycke inhämtades från både verksamhetschefen på intensivvårdsavdelningen och från Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa för att studien skulle få genomföras.

Resultat

I resultatet framkom att närstående upplevde trygghet på intensivvårdsavdelningen. Detta genomsyrade det analyserade materialet och huvudkategorin blev därför "Trygghet på intensivvårdsavdelningen". De kategorier som framkom var "Min partner i fokus", "Den

fysiska miljön på intensivvårdsavdelningen”, ”Intryck av vårdpersonalen”, ”Närvaro av medpatienter och deras närstående” och ”Närståendes egen delaktighet” (se Tabell 2).

Tabell 2. Huvudkategori och kategorier som framkom i analysen enligt Burnard (1996).

Trygghet på intensivvårdsavdelningen				
Min partner i fokus	Den fysiska miljön på intensivvårdsavdelningen	Intryck av vårdpersonalen	Närvaro av medpatienter och deras närstående	Närståendes egen delaktighet

Trygghet på intensivvårdsavdelningen

Närstående upplevde sjukvården på intensivvårdsavdelningen som trygg och de upplevde att deras partner fick den bästa möjliga vård som fanns att tillgå. De närstående kände sig trygga med utformningen av lokalerna, den medicintekniska utrustningen och vårdpersonalen. De upplevde även att vården var fantastisk när det verkligen gällde och deras partner blev svårt sjuk.

”A gud vad jag kände jag var skiträdd såklart jätterädd jättenervös jätteledsen men personalen lugnade ändå ner en på nått sätt alltså trevliga människor som jobbade där mycket så det var ju en trygghet faktiskt.” [5]

Min partner i fokus

Den tyngsta biten som framkom i denna kategori var att de närstående fokuserade på sin partner och dennes möjlighet till överlevnad. Det gjorde att miljön runt omkring bleknade och att fokus i huvudsak låg på deras partner. De beskrev även känslor i samband med att de såg sin partner i sjukhussängen på intensivvårdsavdelningen för första gången. De känslor som upplevdes var chock, rädsla och överklighet. De närstående sa sig inte ha någon större uppfattning eller åsikt om miljön runt omkring patienten, första gången de besökte intensivvårdsavdelningen, utan de fokuserade helt på sin partner. De pratade även om sin vilja att vara nära sin partner och närvara på intensivvårdsavdelningen trots att deras partner ej varit kommunicerbar. Här nämnde de närstående att deras partner varit sederad större delen av

intensivvårdstiden. Även om de närstående ibland blev utskickade från flerbäddsrumsrummet höll de sig gärna nära rent fysiskt som i t.ex. avdelningens anhörigrum.

”Jag var fokuserad på min man helt enkelt så att det var fler som vårdades i rummet hade jag inte någon tanke på den första tanken var inte den utan det var att jag fokuserade på min man då.” [4]

De närstående pratade även om de stunder då deras partner uppträdde förvirrat eller oroligt. Hos några närstående väckte det känslor av obehag, samtidigt kunde de förklara för vårdpersonalen varför partnern reagerade på ett visst sätt. Å ena sidan upplevde de närstående positiva effekter på sin partner med sin egen närvaro i form av utslag på EEG vid beröring. Å andra sidan var de rädda för att störa, då partnern behövde vila och återhämtning. Några närstående nämnde att partnern blev blottad för andra människor i samband med förflyttning, medan andra upplevde att partners integritet togs väl till vara.

”Jag tyckte de var väldigt noga med patientens integritet alltså när han skulle upp på toaletten och så där satte de upp vik skärmar och jag fick gå undan och så där så det var bara personalen där då det tyckte jag var bra.” [7]

Den fysiska miljön på intensivvårdsavdelningen

Den fysiska miljön på flerbäddsrumsrummet uppfattades som lugn med god stämning, som vårdpersonalen bidrog till. Det gjorde de genom bra relationer i personalgruppen och genom bra bemötande av patienter och närstående. De närstående ansåg att det var väl avgränsat mellan deras partners säng och övriga patienter. De upplevde inte att de hörde eller såg något de inte borde. Skärmar användes för att avgränsa utrymmet mellan sängarna och detta gjorde att de närstående upplevde en privat sfär med sin partner. I det stora hela upplevde de närstående att de fick tillräckligt med utrymme runt partners säng och en stol att sitta på. I de fall det var trångt och det inte fick plats med någon stol, upplevdes detta väldigt negativt.

”När man kom in där man tänkte inte på de, har ju lite sånt dom drar för ändå ju, så ja det bekom inte mig, intensivvården det vet man ju att de e ju folk i rörelse hela tiden där inne ju och sen om där låg någon där i den andra sidan det bekom inte mig nånting.” [8]

När den akuta fasen lagt sig och de närstående varit en stund på rummet väcktes ett intresse för miljön inne på rummet och framförallt den medicintekniska utrustningen. Ju mer kunskap och intresse de närstående hade av sjukhusmiljön och människokroppen ju större var intresset för miljön runtomkring och den medicintekniska utrustningen. Utrustningen upplevdes mestadels positiv och den ingav trygghet. Den var inte skrämmande utan gav intryck av att hjälpa deras partner. All teknik kunde å ena sidan upplevas jobbig, men å andra sidan var de närstående djupt imponerade av utrustningens möjligheter.

”Det var ju själva övervakningsbiten där vad kallas det för den monitorn där som finns bredvid sängen där och sen alla slangarna /.../ jag kände nog en viss trygghet jag förstod ju vad det var sen fick jag förklarat för mig alla siffrorna och alla förkortningarna.” [6]

Det framkom att några hade föredragit enkelrum för avskildhetens skull, medan andra endast såg fördelar med flerbäddsrum med tanke på personaltätheten. Önsknningar om förändring i miljön framkom, lugn musik efterlystes och de närstående ansåg det ohygieniskt att bli hänvisade till samma toalett som patienterna använde. Anhörigrummet väckte ambivalenta känslor. Å ena sidan upplevde de närstående att rummet var bra och att det var trevligt att prata med andra närstående. Å andra sidan upplevdes rummet litet, dystert och överbefolkat. Några av de närstående valde att lämna intensivvårdsavdelningen istället för att stanna i anhörigrummet.

Intryck av vårdpersonalen

Vårdpersonalens närvaro upplevdes i det stora hela positiv, men ibland även påfrestande. De närstående var överens om att vårdpersonalen gjorde ett fantastiskt jobb och de ord som användes mest för att beskriva vårdpersonalen var trevliga, vänliga och informativa. Även ord som intresserade, tröstande, underbara, empatiska, fantastiska, förstående och tillmötesgående användes. Vårdpersonalen nämndes även som den viktigaste faktorn för att få en god upplevelse av vården.

”Personalen var kanonbra /.../ de besvarade frågor de berättade vad som hände dom gick igenom vad som skulle göras och talade om när de skulle försöka väcka honom så vi fanns på plats ja de var fantastiska /.../ trots att de hade patienter med mycket skör tråd till livet så att säga lugn och sansad och systematisk faktiskt” [3]

Närstående upplevde att de var väl insatta i vården kring deras partner, trots att de inte var fysisk närvarande hela tiden. Det möjliggjordes av att de fick ringa till vårdpersonalen dygnet runt och de fick information om det som hänt när de inte var på plats.

”De var väldigt vänliga var de och var det nånting vi ville kunde vi ringa precis när som helst på dygnet om det var nånting man kom på när man kom hem ja allting sånt ja jag upplever det att det var väldigt bra i alla fall.” [1]

Närstående upplevde det negativt när vårdpersonalen bemötte dem burdust eller var oense dem emellan. Kommunikationsbrist upplevdes när partnern fått medicin hen var överkänslig mot och detta hade kunnat förhindras om frågan om läkemedelsöverkänslighet ställts. Om vårdpersonalen tillät partnern att ringa och väcka den närstående tidigt på morgonen på grund av oro och förvirring upplevdes detta jobbigt. De närstående upplevde att det var vårdpersonalen som bestämde om utrymmet kring partners säng. Det innebar att de närstående fick flytta på sig för att lämna plats till vårdpersonalen eller ombads att lämna rummet vid omvårdnadsåtgärder. De närstående hade full förståelse för detta. De hade även förståelse för när vårdpersonalen bad dem vänta då de var upptagna med något annat.

Närstående var överens om att sekretessen på flerbäddsrummet var god och att vårdpersonalen var lågmäld när de diskuterade känsliga saker. Personalen valde även att svara på frågor eller ge information i andra utrymmen än i flerbäddsrummet om de ansåg det nödvändigt för att ta hänsyn till sekretessen. När vårdpersonalen valde att informera närstående i anhörigrummet, som är till för alla närstående, upplevdes det som brist i sekretessen.

”I förhållande till den andra familjen nej och jag hade inget varken intresse eller möjlighet att höra vad dom pratade om på den sidan så att det hade kanske stört mig lite om jag hade hört kommentarerna där men det gjorde jag inte.” [3]

Närvaro av medpatienter och deras närstående

Å ena sidan upplevde de närstående inget negativt med att ytterligare patienter och deras närstående vistades i flerbäddsrummet. De upplevde inte att de blev störda och hade ingen tanke på medpatienterna eller deras närstående. Det upplevdes inte heller som något hinder i

kommunikationen med vårdpersonalen. Å andra sidan upplevde de närstående närvaron av andra patienter och deras närstående som besvärande. De förklarade det med att de hindrades i kommunikationen med vårdpersonalen och att de fick dämpa sig för att inte störa medpatienterna. Det fanns även en vilja att inte störa, visa respekt och att inte tränga sig på de andra patienterna och deras närstående. Det framkom att de närstående fick lämna rummet när nya patienter anlände, detta upplevdes inte negativt utan en önskan om att den andra patienten också fick god vård infann sig. De befann sig alla i samma sits.

”Det var inte så ofta det var anhöriga till den andra patienten när jag var där nä faktiskt man kan ju inte va där så länge så vi gick väl om varandra men det störde aldrig om det var någon gång så tyckte jag inte att det störde /.../ nä den andra patienten var ju också illa därän men låg ju stilla och man märker ju nästan inte de.” [7]

Närståendes egen delaktighet

De närstående pratade om sina upplevelser utifrån sina egna erfarenheter. De erfarenheter som framkom var bland annat att de själva, deras partner eller någon annan närstående varit inlagd på sjukhus. Andra erfarenheter var att de via yrkeslivet kommit i kontakt med liknande miljöer när de jobbat som undersköterska eller sjuksköterska, eller inom laboratorium eller alternativ medicin. Även andra närstående till deras partner med kunskaper inom sjukvården upplevdes som ett stöd, eftersom de kunde ställa rätt frågor till vårdpersonalen och förklara för den närstående det de inte förstod. De närstående uppgav tidningar, TV och ett genuint intresse för människokroppen som källa till kunskap. När partnern blivit inlagd för planerad operation upplevde de närstående att de fått värdefull information redan innan inläggningen på intensivvårdsavdelningen. Närstående som var väl insatta i sjukvården och hade yrkeserfarenhet som sjuksköterska eller undersköterska, upplevde att de kände till vad som kunde inträffa och att de därför var mer oroliga än om de inte haft kunskapen.

”Men samtidigt vet jag ju att vi är äldre det kan hända oss närsomhelst och han har haft en hjärtinfarkt förut men då var det inte så dramatiskt så att man är vi är ju lite genomtänkta både min man och jag.” [3]

De närstående som var delaktiga i vården på så vis att de gav personalen information om deras partner och/eller kom med förslag på lindrande omvårdnadsåtgärder kände sig behövda.

Närstående hade en önskan om att ha koll på läget, men samtidigt förstod de att de inte kunde närvara hela dagen och behövde vila själva. De upplevde också att de fick anpassa sig efter situationen på flerbäddsrummet och därmed dämpa sig. Ett annat sätt att anpassa sig var att inte vilja vara i vägen för vårdpersonalen.

”Man vill gärna liksom veta vad som hur det går till, det är intressant men samtidigt vill man inte springa i vägen.” [9]

Diskussion

Metoddiskussion

Föreliggande studie genomfördes på en enda intensivvårdsavdelning, det kan tänka sig att resultatet hade blivit annorlunda om fler intensivvårdsavdelningar varit inkluderade. Informanterna rekryterades via intensivvårdsavdelningens uppföljningsmottagning där uppföljningssjuksköterskan frågade de närstående om de var intresserade av att delta i studien. Författarna vet inte vilka som tillfrågats av uppföljningssjuksköterskan och vilka som inte tillfrågats att delta i studien. Har uppföljningssjuksköterskan frågat alla som hälsat på en patient i flerbäddsrum eller haft en egen sållning? Författarna tänker sig att det till största del är partners som följer med patienterna på uppföljningssamtal och därför blev det endast de närstående som var partners till patienten som deltog i studien. Resultatet hade kunnat bli annorlunda om närstående med annan typ av relation till patienterna deltagit i studien. Ett alternativt sätt att rekrytera informanter på, för att nå så många som möjligt, hade varit att de närstående tillfrågats på plats på intensivvårdsavdelningen om deltagande. Författarna valde att rekrytera informanter via uppföljningsmottagningen på grund av viss tidspress för att ha möjlighet att göra på annat sätt. Det ledde till att intervjuerna genomfördes månader (< 9 månader) efter själva intensivvårdstiden och det i sin tur kan leda till att väsentlig information glömts bort av informanterna.

De flesta informanterna var lika varandra vad gäller ålder, etnicitet och kön. Likheterna informanterna emellan anser författarna vara en svaghet för resultatets överförbarhet. Tanken från början var att få en bredd i materialet genom att inte ha för snäva inklusionskriterier, men i efterhand visade det sig att enbart rekrytera informanter via uppföljningsmottagningen var

en begränsning för vilka närstående som tillfrågades. Författarna tycker att det vore intressant för framtida studier att intervjua framförallt yngre personer som besökt patienter på intensivvårdsavdelningar, då det framkom i någon av intervjuerna att patientens barnbarn i 20-årsåldern varit på intensivvårdsavdelningen och upplevt det mycket jobbigt. Även personer med utländsk härkomst med eventuellt tidigare erfarenheter av sjukvård i andra länder vore intressanta att ha med i framtida studier. Två yngre personer var med på listan författarna fick från uppföljningssjuksköterskan, där den ena var dotter till en medelålders man och den andra var sambo till en ung man, tyvärr svarade de aldrig vid kontaktförsök. Ytterligare två på lista blev sjuka innan intervjun och en annan var på långvarig semester. Dock tror författarna inte att de tre sistnämnda påverkat resultatet nämnvärt då de var lika övriga informanter i ålder, relation och etnicitet.

Båda författarna hade begränsad erfarenhet av att genomföra intervjustudier. Den ena författaren gjorde en kvalitativ intervjustudie under kandidatuppsatsen och den andra hade ingen erfarenhet av intervjustudier. Författarna kände sig oerfarna de första intervjuerna men upplevde att de blev bättre på att intervjua efterhand. Författarna har funderat över om de kunnat få fram andra upplevelser av de närstående som intervjuades först om de genomfört intervjuerna på samma sätt som de senare. Detta har dock under analysfasen inte upplevts som något problem eftersom studiens syfte besvarades även under de första intervjuerna. Längden på intervjuerna var relativt korta för att vara kvalitativa forskningsintervjuer. Dock upplevde författarna att syftet besvarades och ämnet var uttömt efter varje avslutad intervju. Kvale och Brinkmann (2014) anser att nutidens forskningsintervjuer tenderar att bli för långa och fyllda med tomt prat. En kort intervju kan vara rik på meningar om intervjuaren vet vad hen ska fråga om och hur hen ska ställer frågorna. Författarna hade en intervjuguide till hjälp för att täcka in tänkta ämnen och för att få struktur på intervjun. Intervjuguiden testades i en pilot-intervju som även den inkluderades i analysen då den svarade på studiens syfte. Alla intervjuer spelades in på en smartphone och ingen av informanterna verkade hämmad av det. Med ovanstående i åtanke anser författarna att intervjuguiden hjälpte till att täcka in tänkta ämnen under alla intervjuer, och författarnas förmåga att intervjua utvecklades efter hand. Det innebar att författarna blev bättre på att aktivt lyssna under intervjun och hjälpa informanterna att vidareutveckla sina tankar genom att ställa relevanta följdfrågor. De två första informanterna hade dock tydliga åsikter och författarna tror inte att något annat framkommit om intervjun skötts på annat sätt.

Båda författarna medverkade vid alla intervjuer utom vid en på grund av sjukdom. Intervjuerna transkriberades gemensamt av författarna och ljudkvalitén på ljudfilerna var utmärkt vilket gjorde att det var lätt att få med allt innehåll. Författarna ansåg att det var lättare att analysera den transkriberade texten efter att både hört och sett informanten. Det gör att nyanserna lättare förstås i texten. En av författarna var huvudintervjuare under alla intervjuer och den andre dokumenterade synintryck och ställde följdfrågor vid behov. Ingen av informanterna upplevdes förvirrade över detta upplägg. Under intervjuerna var det några av informanterna som visade tydliga tecken på ledsamhet och sorg. Författarna lät i dessa fall informanten ”prata av sig” och därefter återgå till ämnet. Detta upplevde författarna stärkte bandet till informanten eftersom samtalet blev mer naturligt när författarna intresserade sig för det informanten ville prata om. Därefter blev det naturligt att återgå till ämnet och informanten upplevdes mer avslappnad. Informanterna sa sig ställa upp i studien för den ”goda sakens skull”. Alla informanter fick en chokladask efter intervjun och stämningen mellan författarna och informanten var alltid god vid uppbrottet.

Författarna genomförde kodningen av materialet individuellt och därefter gick de gemensamt igenom listan med koder och gjorde tillsammans en kategorisering. Enligt Burnard (1991) kan studiens giltighet styrkas genom att låta en annan forskare som är insatt i ämnet läsa tre transskript och kategorisera texten i dem. Detta gjorde författarnas handledare och vid diskussion efteråt framkom att både författarna och handledaren fått fram samma kategorier i stort. Detta anser författarna styrker analysen och resultatet. Ett annat sätt enligt Burnard (1991) är att låta tre av informanterna läsa transkripten från deras egna intervjuer och därefter skriva ner de punkter som utmärker sig mest. Detta gjorde inte författarna på grund av tidspress. Det kan vara en svaghet i föreliggande studie eftersom informanterna inte fått möjlighet att återkoppla till resultatet.

Författarna har tagit fasta på några punkter som enligt Graneheim och Lundman (2004) är viktiga att ta hänsyn till för att resultatet ska bli trovärdigt, pålitligt och överförbart. Däribland har studien ett tydligt syfte och en forskningsmetod är använd som kan ge svar på frågeställningen. Tanken vara att inklusionskriterierna inte skulle vara för snäva, men i efterhand har författarna insett att endast kontakta närstående där patienten blivit kallad till uppföljningssamtal på intensivvårdsavdelningens uppföljningsmottagning, innebar att de närstående som inte var med där exkluderades. Detta innebar att närstående som uppfyllde övriga inklusionskriterier inte gavs möjlighet att delta. Detta anser författarna vara en svaghet

i föreliggande studie och det påverkar överförbarheten negativt, eftersom informanterna var väldigt lika varandra i ålder, kön och etnicitet. Möjligtvis kan studiens resultat överföras på kvinnor närmre pensionsåldern vars partner blir inlagd i ett flerbäddsrum på en intensivvårdsavdelning. En annan punkt som Graneheim och Lundman (2004) tar upp är att analysen bör genomföras noggrant och texten bör inte bearbetas till oigenkännlighet. Författarna har under analysfasen varit noggranna med att inte klippa ut texten i så korta bitar att helheten förloras. Författarna anser att detta styrks av att handledaren kunnat göra om analysen och fått fram samma kategorier i stort och detta ökar studiens trovärdighet. Resultatet ska även presenteras så läsaren själv kan göra alternativa tolkningar och metoden ska beskrivas tydligt (Graneheim och Lundman, 2004). Författarna har gjort det genom att bifoga citat så läsaren själv har möjlighet att tolka texten och beskrivit metoden så läsaren kan följa hela processen, vilket ökar studiens pålitlighet.

Resultatdiskussion

Det framkom i resultatet i föreliggande studie att de närstående upplevde vården på intensivvårdsavdelningen som trygg och de kände sig säkra på att deras partner fick den bästa möjliga vård som fanns att tillgå. De faktorer som lyftes fram för att öka känslan av trygghet var vårdpersonalen, den fysiska miljön och den medicintekniska utrustningen. Som det framkommit i andra studier visar det sig att även om intensivvårdsavdelningen uppfattas som främmande för de närstående inger det en trygghet och vården som bedrivs ger hopp om att patienten ska överleva (Karlsson et al., 2010; Olausson et al., 2012). Dessa studier har även visat att den medicintekniska utrustningen som är kopplad till patienten inger säkerhet då den hjälper patienten till fortsatt liv. Tidigare studier har även visat att vårdpersonalens bemötande är en viktig komponent för att uppleva trygghet på intensivvårdsavdelningen (Fridh et al., 2009; Johansson, Fridlund & Hildingh, 2005; Olausson et al., 2012). Här framkommer även att närstående känner djup tacksamhet och är imponerade av intensivvården och känner sig trygga med att vårdpersonalen gör allt de kan för att rädda patienten. Frivold med flera (2015) och Johansson med flera (2005) fick i sina studier fram att de närstående kände sig trygga och tacksamma om de fick möjlighet att inkluderas i vårdprocessen. Även att närvara och observera vid omvårdnadsarbete uppfattades positivt då de själva såg vad vårdpersonalen gjorde. Patientlagen säger att om inte sekretess eller tystnadsplikt hindrar närståendes medverkan i vården, ska de få möjlighet att vara delaktiga i utformningen och genomförandet av vården runt den sjuke (SFS 2014:821). I föreliggande studie har endast närstående till

patienter som överlevt blivit intervjuade och det kan ha påverkat att vårdtiden upplevdes trygg och positiv. Dock har Fridh med flera (2009) intervjuat närstående till patienter som avlidit under vistelsen på en intensivvårdsavdelning och de fick fram att de närstående upplevde vårdtiden på intensivvårdsavdelningen positiv trots dödlig utgång för patienten.

De närstående som intervjuades i föreliggande studie uppfattade atmosfären på flerbäddsrummet som lugn med god stämning. Det framkom att vårdpersonalen hade stor betydelse för stämningen på rummet. Tidigare studier har visat att vårdpersonalens bemötande påverkar om atmosfären på rummet upplevs omsorgsfull och välkomnande för de närstående eller ej (Eriksson et al. 2010). Andra studier säger även att det är viktigt för patienternas återhämtning med en lugn atmosfär på rummet (Wåhlin et al., 2009). Eriksson med flera (2010) och Olausson med flera (2012) har i sina studier undersökt miljön i patientrummen på intensivvårdsavdelningar. Där framkom att den medicintekniska utrustningen uppfattades som störande med högljudda larm och blinkande lampor. Tidigare studier har visat att både patienter och intensivvårdssjuksköterskor kan uppleva miljön i patientrummen som högljudd (Almerud, et al., 2008; Hofhuis et al., 2008). Patienterna tyckte det var obehagligt med pipande maskiner och personal som pratade högt (Hofhuis et al., 2008). Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde stundtals patientrummen som kaotiska med hög ljudvolym på grund av vårdkrävande patienter och medicinteknisk utrustning som larmade (Almerud et al., 2008). Författarna till föreliggande studie tänker sig att en relevant skillnad för upplevelsen av patientrummen kan vara att de närstående är på intensivvårdsrummet kortare del av dygnet än både vårdpersonalen och patienterna. Även vårdpersonalen lämnar intensivvårdsavdelningen efter att deras arbetspass är avslutat medan patienterna ligger där i 24 timmar per dygn, vilket gör dem mer utsatta för alla stimuli.

Tidigare studier har visat att med enkla medel kan vårdpersonalen göra rummen mer begripliga och lugnare för de närstående, till exempel genom att introducera dem till rummet i sin helhet och den medicintekniska utrustningen i synnerhet (Olausson et al., 2012). Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor med specialistexamen inom intensivvård ska närstående informeras och undervisas om åtgärder, monitorering och medicinteknisk utrustning (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Ett annat sätt är att sänka ljudvolymen på den medicintekniska utrustningen och använda sig av ljudabsorberande skärmar (Olausson et al., 2013). De närstående i föreliggande studie uppfattade miljön i flerbäddsrummet som lugn, det kan

innebära att personalen på den aktuella intensivvårdsavdelningen är medvetna om vad som kan uppfattas som störande och därmed gör vad de kan för att få miljön så lugn som möjligt.

Författarnas uppfattning var att många av deltagarna i föreliggande studie var närstående till patienter som inte legat mer än några dygn på intensivvårdsavdelningen och de var överens om att det inte spelade någon roll att deras partner legat i ett flerbäddsrum. De deltagare vars partner legat i veckor på intensivvårdsavdelningen hade högre önskan om enkelrum för att kunna spendera tid ensam med sin partner. I en studie gjord av Olausson med flera (2012) framkom det att närstående till patienter som vårdats under längre tid på intensivvårdsavdelningen hade en önskan om enskildhet. De närstående i föreliggande studie upplevde att de fick tillräckligt med utrymme runt deras partners säng och att avståndet till övriga patientsängar var tillräckligt stort. Detta gjorde att de upplevde en privat sfär. Närstående som inte blev erbjuden någon stol att sitta på tog illa vid sig, vilket bidrog till att besöket upplevdes mindre positivt. Tidigare studier har visat att närstående upplever en stol bredvid patientens säng som mycket viktigt (Olausson et al., 2012). Där framkom att stolen symboliserar ett välkomnande och att de närstående därmed får en plats på intensivvårdsavdelningen som är avsedd för just dem. Flertalet studier har visat att det är mycket viktigt för de närstående att känna sig välkomna på intensivvårdsavdelningen (Fridh et al., 2009; Frivold et al., 2015; Olausson et al., 2012).

I föreliggande studie framkom det att när de närstående kom in på rummet första gången och fick se sin partner drabbades de av känslor som chock, rädsla och överklighet. Dessa känslor bekräftas av studier gjorda av Eriksson med flera (2010), Johansson med flera (2005) och Olausson med flera (2012). Dessa känslor gör att allting runtomkring bleknar och att allt fokus hamnar på patienten. De närstående i föreliggande studie ansåg inte att medpatienter och deras närstående störde dem. De visste att de var närvarande men de brydde sig inte om dem, eftersom fokus var på deras egen partner. Samma sak framkom i studien gjord av Fridh med flera (2009). Många av de närståendes partner i föreliggande studie var medvetlösa eller sederade under stora delar av intensivvårdstiden. Författarna funderar på om det kan ha ett samband med att de närstående inte kände sig hämmade i kommunikationen med sin partner på flerbäddsrummet. Detta eftersom de ändå inte kunde kommunicera muntligt med partnern. Om patienten varit vid medvetande och haft möjlighet att kommunicera muntligt kanske de närstående upplevt det som ett större problem med medpatienter och deras närstående. Vissa av de närstående uppgav rädsla för att störa sin partner som behövde vila och det framkom

även obehag när partnern vaknade upp och betedde sig förvirrat. I dessa situationer är det viktigt att intensivvårdssjuksköterskan har förmåga att stötta närstående för att underlätta samspelet mellan patienten och dennes närstående (Eriksson et al., 2010; Karlsson et al., 2010; Orem, 2001).

I föreliggande studie framkom att vårdpersonalen uppfattades som trevliga, vänliga, informativa, empatiska, tröstande och tillmötesgående. Intensivvårdssjuksköterskan ska enligt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor med specialistexamen inom intensivvård visa ett professionellt och etiskt förhållningssätt, visa respekt för närstående och involvera och stödja dem i vården kring patienten (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Även ICN:s etiska kod för sjuksköterskor talar om att legitimerade sjuksköterskor ska visa respekt och medkänsla, vara lyhörd och trovärdig och värna om en miljö där mänskliga rättigheter och värderingar respekteras (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Resultatet i föreliggande studie tyder på att intensivvårdssjuksköterskorna på berörd intensivvårdsavdelning har goda kunskaper i att stötta de närstående till svårt sjuka patienter och arbetar efter att närstående ska känna sig delaktiga i vården. Orem (2001) talar om att en del av sjuksköterskans omvårdnadsplan är att stötta närstående till närståendevård. Även att stärka anknytningen mellan patienten och dennes närstående är en viktig roll för intensivvårdssjuksköterskan (Eriksson, et al., 2010).

Närstående som deltog i föreliggande studie pratade om att deras partner var sederad största delen av tiden på intensivvårdsavdelningen och därmed ej kommunicerbar. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) ska information ges till närstående om patienten själv inte kan ta emot den om inte sekretess hindrar detta. Informationen ska anpassas till mottagarens förmåga att förstå den och den som informerar ska försäkra sig om att mottagaren har förstått given information. I föreliggande studie framkom att de närstående kände sig välinformerade och upplevde att de var nöjda med informationen och sättet den gavs. Även sekretessen på flerbäddsrummet fungerade bra då vårdpersonalen var lågmäld när de diskuterade känsliga saker. Vårdpersonalen valde även att ta med sig de närstående till andra utrymmen på avdelningen, till exempel samtalsrum, när information skulle ges. Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor ska personliga uppgifter behandlas konfidentiellt och hanteras med gott omdöme så inte obehöriga kan ta del av dem (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Det framkom i föreliggande studie att när vårdpersonalen valde att informera de närstående i anhörigrummet upplevdes det som brist i sekretessen om det var andra närstående i rummet

samtidigt. Intensivvårdsavdelningar bör se över sina rutiner i detta avseende för att respektera patientens integritet och inte bryta mot Patientlagen (SFS 2014:821).

I föreliggande studie framkom att de närstående var förstående inför och accepterade villkoret att deras partner låg i flerbäddsrum på en intensivvårdsavdelning. Riksdagen har formulerat tre etiska principer, människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen (Socialstyrelsen, 2011). Hälso- och sjukvården ska beakta dessa principer vid varje medicinskt handlande och medicinska beslut. Dessa tre principer är rangordnade efter nämnd ordning, det vill säga att människovärdesprincipen går före de andra två. Författarna till föreliggande studie tänker sig att när patienterna vårdas på intensivvårdsavdelningar i flerbäddsrum krävs det mindre personal i tjänst på varje arbetspass jämfört med enkelrum. Det är därför troligt att flerbäddsrum är mer kostnadseffektivt än enkelrum. De patienter där människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen konkurrerar ut kostnadseffektivitetsprincipen vad gäller val av patientrum ska givetvis vårdas i enkelrum. Till exempel patienter med smittsamma sjukdomar eller patienter som behöver enkelrumsvård av medicinska skäl. Det är många patienter idag som vårdas i flerbäddsrum och författarna anser att föreliggande studie kan bidra med insyn i närståendes upplevelser av att deras partner vårdats på flerbäddsrum på en intensivvårdsavdelning. Resultatet visar att med små medel kan vårdpersonalen underlätta för de närstående i flerbäddsrum.

Konklusion och implikationer

I föreliggande studie framkom att vårdpersonalen med små medel kan underlätta för de närstående i flerbäddsrum. Med skärmar eller gardiner får de närstående en privat sfär tillsammans med patienten och genom att tysta larmande medicinteknisk utrustning blir atmosfären på rummet lugnare. Ett gott bemötande och adekvat information från vårdpersonalen uppskattas av de närstående. För de närstående är det viktigt att känna sig välkomna på intensivvårdsavdelningen och där kan en så enkel sak som en stol bredvid patientsängen ha stor betydelse. För de närstående är det även viktigt att vårdpersonalen respekterar sekretessen och därmed inte diskuterar känsliga ämnen så obehöriga kan ta del av det.

Författarna anser att det vore av intresse för framtida studier att intervjua andra typer av närstående. Med varierande ålder, relation till patienten och etnicitet hade det med stor

sannolikhet framkommit andra upplevelser av miljön och vården på flerbäddsrum. Även
närstående till patienter som avlidit under vistelsen i flerbäddsrum på
intensivvårdsavdelningar kan ha värdefulla upplevelser av vården och miljön att dela med sig
av.

Referenser

- Almerud, S. Alapack, R. J., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2008). Caught in an artificial split: A phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 130-136. doi: 10.1016/j.iccn.2007.08.003
- Bergbom, I. & Askwall, A. (2000). The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 384-395.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11,461-466
- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16, 278-281.
- Engström, Å. & Söderberg, S. (2007). Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *Journal of Advanced Nursing* 59 (6), 569–576. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04336.x
- Eriksson, T. Lindahl, B. & Bergbom, I. (2010). Visits in an intensive care unit – An observational hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 51-57. doi: 10.1016/j.iccn.2009.09.005
- Fridh, I., Forsberg, A. & Bergbom, I. (2009). Close relatives´experiences of caring and of the physical environment when a loved one dies in an ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 111-119. doi: 10.1016/j.iccn.2008.11.002
- Frivold, G., Dale, B. & Slettebø, Å. (2015). Family members´experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, 232-240. doi: 10.1016/j.iccn.2015.01.006
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.
- Hofhuis, J. G. M., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, A. J. P., Rommes, J. H. & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 300-313. doi: 10.1016/j.iccn.2008.03.004
- Hupcey, J. E. (2001). The meaning of social support for the critically ill patient. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17, 206-212. doi: 10.1054/iccn.2001.1568
- Johansson, I., Fridlund, B. & Hildingh, C. (2005). What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care. *British association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 10 (6), 289-298.
- Karlsson, V., Bergbom, I. & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patientes who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28, 6-15. doi: 10.1016/j.iccn.2011.11.002

Karlsson, V., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2010). Relatives' experiences of visiting a conscious, mechanically ventilated patient – A hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 91-100. doi: 10.1016/j.iccn.2009.12.001

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Olausson, S., Ekebergh, M. & Lindahl, B. (2012). The ICU patient room: Views and meanings as experienced by the next of kin: A phenomenological hermeneutical study. *Intensiv and Critical Care Nursing*, 28, 176-184. doi: 10.1016/j.iccn.2011.12.003

Olausson, S., Ekebergh, M. & Almerud-Östberg, S. (2014). Nurses' lived experiences of intensive care unit bed spaces as a place of care: a phenomenological study. *British Association of Critical Care Nurses*, 19, 126-134. doi: 10.1111/nicc.12082

Olausson, S., Lindahl, B. & Ekebergh, M. (2013) A phenomenological study of experiences of being cared for in a critical care setting – The meanings of the patient room as a place of care. *Intensiv and Critical Care Nursing*, 29, 234-243

Orem, D. E. (2001). *Nursing – Concepts of Practice* (6th ed). St. Louis: Mosby

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of Nursing Research – Appraising Evidence for Nursing Practice* (8th ed). USA: Lippincott Williams & Wilkins

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

SFS 2014:821. Patientlagen. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (2011). *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling – Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal* [Broschyr]. www.socialstyrelsen.se. ISBN: 978-91-86885-34-2.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014) ICN:s etiska kod för sjuksköterskor [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wåhlin, I., Ek, A-C. & Idvall, E. (2006). Patient empowerment in intensive care – An interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 370-377. doi: 10.1016/j.iccn.2006.05.003

Wåhlin, I., Ek, A-C. & Idvall, E. (2009) Empowerment in intensive care: Patient experiences compared to next of kin and staff beliefs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 332-340. doi: 10.1016/j.iccn.2009.06.003

Intervjuguide

Ålder:

Kön:

Relation till patienten:

Anledning till vårdtiden på IVA:

Öppningsfråga:

Beskriv din upplevelse av att (patientens namn) vårdades i flerbäddsrum på intensivvårdsavdelningen?

Ämnen som vi vill täcka in:

Fysisk miljön

Psykosocial miljö,

Närvaro av andra patienter

Närvaro av andra patienters närstående

Sekretess

Förslag på följdfrågor:

Fysisk miljö:

- Hur var din upplevelse direkt när du kom in i rummet första gången?

- Vad upplevde du som negativt i miljön? Varför?

- Vad upplevde du som positivt i miljön? Varför?

Psykosocial miljö:

- Hur blev du bemött av personalen när du hälsade på (patientens namn)?

- Hur upplevde du stämningen i rummet?

- Hur upplevde du närvaron av andra patienter och deras närstående?

Sekretess:

- Hur var din känsla i samtalet med (patientens namn)?

- Hur hanterade personalen sekretessen på rummet?