



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Patientens transition från intensivvårdsavdelningen

- en litteraturstudie om upplevelsen av förändring

Författare: Christoffer Nässil
Nike Förster

Handledare: Mahin Kiwi

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2019

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Patientens transition från intensivvårdsavdelningen - en litteraturstudie om upplevelsen av förändring

Patients' transition from the intensive care unit - a literature study on the experience of change

Författare: Nike Ask Förster
Christoffer Nässil Tennström

Handledare: Mahin Kiwi

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2019

Abstrakt

Bakgrund: Mellan 10 och 27% av intensivvårdspatienterna överlever IVA men dör innan de blir utskrivna från sjukhuset. Några av dessa dödsfall kan undvikas. Patienter som skrivs ut för tidigt från IVA kännetecknas av sårbarhet och hjälplöshet då de inte är tillräckligt förberedda inför omständigheterna på en vårdavdelning vilket både försvårar och förlänger återhämtningsprocessen. **Syftet:** Syftet med denna studie är att beskriva patientens upplevelse av att överföras från IVA och att vårdas på vårdavdelning. **Metod:** En osystematisk litteraturstudie genomfördes innefattande kvalitativa artiklar. Data samlades in genom systematiska sökningar i två olika databaser. Nio artiklar urskildes från mängden efter kvalitetsbedömning som utfördes med hjälp av granskningsmall från SBU. Slutligen genomfördes en integrerad analys. **Resultat:** Tre huvudkategorier framkom och nio underkategorier. Patienter upplever ambivalens inför utskrivningen från IVA, de söker separationen från tryggheten och upplever miljön på vårdavdelningen som skrämmande; personalen förstår inte deras behov; de är svaga och sårbara; vägen till återhämtning är lång och kraven på självständighet överväldigande. En del patienter hanterar dock svårigheterna bättre än andra. **Konklusion:** Sjuksköterskorna på både IVA och vårdavdelningen kan underlätta patienternas transition och återhämtning genom förståelse för transitionsprocessen parallellt med övrig specifik omvårdnad som den intensivvårdade patienten kan behöva efter överföringen från IVA till vårdavdelning.

Nyckelord

(patient, intensive care, transfer, experience, transition, Meleis)

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
<i>Teoretisk bakgrund</i>	4
Meleis transitionsteori.....	4
Hälsotransition	5
Utvecklingstransition.....	5
Situationstransition	5
Transitionella påverkansfaktorer	6
Kännetecken för upplevelsen av transition	6
Intensivvårdsavdelningen.....	7
Patienten på IVA	8
Specialistsjuksköterskans roll på intensivvårdsavdelningen	8
Intensivvårdspatientens överföring från IVA till vårdavdelningen.....	9
Vårdavdelningen	11
Intensivvårdspatienten på vårdavdelningen.....	11
Sjuksköterskans roll på vårdavdelningen	12
Syfte	13
<i>Specifika frågeställningar</i>	13
Metod	14
Urval	14
Datainsamling	14
Dataanalys	16
Forskningsetiska avvägningar	16
Resultat	18
I ”bubblan”	20
<i>Upplevelsen av att vilja men ändå inte vilja</i>	20
<i>Upplevelsen av att skiljas</i>	20
<i>Upplevelsen av att vilja veta mer</i>	22
Överföringen	23
<i>Upplevelsen av att inte vara med</i>	23
<i>Upplevelsen av övergivenhet</i>	23
<i>Upplevelsen av att lämna över sig</i>	24
I den nya miljön	25
<i>Upplevelsen av att komma ur askan i elden</i>	25
<i>Upplevelsen av att inte synas eller höras</i>	26
<i>Upplevelsen av att ta upp manteln</i>	27
Diskussion	29
Diskussion av vald metod	29
Diskussion av framtaget resultat	30
<i>Uppbrott och separation</i>	32
<i>Utforskande och instabilitet</i>	34
<i>Enande, förenande, stabilitet, avslut och en ny början</i>	36
Slutsats och kliniska implikationer	38
Författarnas arbetsfördelning	39
Referenser	40
Bilaga 1 (1)	46

Introduktion

Problemområde

Att skriva in patienter på intensivvårdsavdelningen, liksom att skriva ut dem till en vårdavdelning, är en arbetsuppgift som i princip förekommer dagligen för personalen på intensivvårdsavdelningen. För patienterna däremot innebär både inskrivning och utskrivning från intensivvårdsavdelningen en livsförändrande händelse, en kritisk händelse som kan komma att påverka den drabbade lång tid framöver (Burns & Delgado, 2018).

Beslutet att skrivas in på intensivvårdsavdelningen, eller skrivas ut, måste ske snabbt och effektivt eftersom det kan handla om skillnaden mellan liv och död; antingen för patienten som redan intensivvårdas eller någon annan som kan behöva platsen mer (Blayney et al., 2020; Larsson & Rubertsson, 2012; Shepherd, 2018). Både inskrivning och utskrivning innebär ett miljöbyte som inrymmer en potentiell risk för att det ska uppstå problem under vårdprocessen, som exempelvis kommunikationsglapp och avbrott i vårdkontinuiteten (Shepherd, 2018). När de intensivvårdade skrivs ut från intensivvårdsavdelningen är de i ett mycket sårbart skede och kräver en mer avancerad vård än resterande patienter som är inlagda på en vårdavdelning (Stubberud, 2015).

Mellan 10 och 27% av de intensivvårdade patienterna överlever intensivvårdsavdelningen men dör innan de skrivs ut från sjukhuset. Några av dessa dödsfall kan undvikas (Aitken et al., 2016). Trots vetskapen om riskerna, trots flertalet forskningsstudier och trots att vårdpersonal larmar om riskerna fortgår problemen med oplanerade utskrivningar, nattliga utskrivningar och utskrivningar på grund av för få vårdplatser (Cavic, 2018; Paratz J, Thomas P, & Adsett J, 2005; Stelfox et al., 2016; Söderqvist, 2019; Vollam et al., 2018). Personer som vårdas på intensivvårdsavdelningar överförs från en högteknologisk och välbemannad vårdmiljö till en vårdavdelning med betydligt lägre resursnivå. Flytten kan tvingas ske under mindre gynnsamma förhållanden och Stubberud et al. (Stubberud, 2015; 2009b) påpekar därför att varje utskrivning från intensivvårdsavdelningen bör ha som mål att undvika situationer där det finns risk för att patientens hälsotillstånd försämras. Varje människa är unik och varje enskild patient har olika förutsättningar att klara en hastig och oplanerad överföring till vårdavdelningen. Komplexa hälsosituationer kräver mer omfattande förplanering för att

överföringen ska bli till fördel både för patienten och vårdorganisationen. Förutom tid och personaltäthet är kommunikation en betydande faktor för överföring till vårdavdelning. Kommunikationen påverkar patienten, närstående och den mottagande vårdavdelningen vad gäller förberedelse, patientsäkerhet och omvårdnads mål (Burns & American Association of Critical-Care Nurses, 2014). Överföringar som sker nattetid eller på helger associeras med ökad dödlighet vilket talar för att tidpunkt och omständigheter kring utskrivningen har betydelse. På samma sätt är oplanerade överföringar en risk för patienten (Stubberud et al., 2009; Vincent, 2019; Vollam et al., 2018).

Att flyttas från en plats till en annan utan lämpliga förberedelser och utan att kunna påverka sin situation innebär ett avbrott i det pågående, en abrupt halt i det som nyligen utgjort skillnaden mellan liv och död. Därtill kommer förväntningar på den intensivvårdade patientens anpassning och ökade självständighet. Detta utgör en kritisk händelse – en förändring med övermäktiga krav - där patienten inte ges möjlighet till omorientering. Med anledning av patientens pressade situation finns det således anledning för sjuksköterskan på vårdavdelningen att vara särskilt uppmärksam på intensivvårdspatienterna då de generellt anses vara sårbara inför risker som kan påverka den fysiska och mentala återhämtningsprocessen. Föreliggande arbete har uppkommit genom viljan att öka förståelsen och kunskaperna om de faktorer som kan hämma eller främja intensivvårdade personers återhämtning.

Bakgrund

Bakgrunden inleds med en fördjupad beskrivning av Meleis transitionsteori och hur den kan relateras till intensivvårdade patienters upplevelse av att överföras från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning. Därefter beskrivs intensivvårdsavdelningen utifrån faktorer som kan ha betydelse för patientens upplevelse och transition. Under rubriken Patienten på IVA och Specialistsjuksköterskans roll på intensivvårdsavdelningen beskrivs inskrivningskriterier, vanligt förekommande medicinska eller medicintekniska behandlingar samt omvårdnad som kan påverka patienten. För ökad förståelse av de omvårdnads- och resursskillnader som finns mellan intensivvårdsavdelning och vårdavdelning avslutas bakgrunden med information om vårdavdelningen, själva överföringen, intensivvårdspatientens förutsättningar på vårdavdelningen och den grundutbildade sjuksköterskans roll för omvårdnaden av intensivvårdspatienter.

Teoretisk bakgrund

Meleis transitionsteori

“Allting förändras och ingenting står stilla.”

Herakleitos (500 f.Kr)

Föreliggande studie använder sig av Meleis transitionsteori som teoretiskt ramverk (Chick & Meleis, 1986). Transition kommer från latinets “transire” vilket kan tolkas som “övergång” (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000). Transition kan definieras som en passage från ett tillstånd, rörelse, stadiet, utveckling från en form, stil eller ett skede – till en annan (ibid). Alla transitioner kännetecknas av ett flöde eller en rörelse över tid. En transition kan utgöra förändringsgrund gällande identitet, roll, förhållande, förmåga och beteendemönster (Kralik, Visentin, & van Loon, 2006). En transition kan sägas ske om en händelse eller en icke-händelse resulterar i en förändrad bild av självet eller världen, vilket i sin tur kan kräva både beteende- och attitydförändringar (Meleis et al., 2000). Processen och resultatet av en transition är en komplex växelverkan mellan personen och miljön. Transitionen kan till exempel involvera mer än en person och vara inbäddad i en specifik kontext eller individuell situation (Chick & Meleis, 1986; Eun-Ok, 2018; Meleis et al., 2000). Den transitionella processen involverar förvandling och förändring, men termen används också i relation till en inre omorientering för att anpassa sig till, och införliva nya omständigheter i livet. Meleis (2000) använder sig av bland annat antropologen Van Gennep (1960) som beskrev en förändringsprocess innehållande tre faser: Separation – Transition – Integration. Den centrala idén är att var och en av dessa tre faser ger uttryck för en förändring från ett tillstånd till ett annat; transitionen är en sorts ingenmansland där individen till slut framträder som en ny person. För att kunna hantera och anpassa sig till en situation i förändring, måste en person som upplever processen att föras till en ny plats lära sig det nya systemets regler, normer och förväntningar (Meleis et al., 2000). En transition kan sammanfalla med en stark livshändelse, som exempelvis en sjukdomsdiagnos (Schumacher & Meleis, 1994). Transitionen påverkar vissa aspekter av en individs liv mer än andra och det innebär att omfattningen och intensiteten av transitionens påverkan varierar. Sjukdom och återhämtning är exempel på möjliga igångsättare för en transitionsprocess, och varje kritisk punkt som sker under den fortsatta transitionen kan på olika sätt understödjas genom uppmärksamhet, kunskap och erfarenhet från en sjuksköterska. Kritiskt sjuka personer, till exempel de som vårdats inom intensivvården, kan sägas genomgå tre typer

av transitioner; hälso-, utvecklings, och situationsbaserad transition (Chick & Meleis, 1986; Meleis, 2018; Meleis & Trangenstein, 1994; Schumacher & Meleis, 1994).

Hälsotransition

Hälsotransitioner upplevs i samband med exempelvis återhämtning, utskrivning, avvänjning från livsuppehållande medicinteknisk utrustning eller diagnostik av kronisk sjukdom (Schumacher & Meleis, 1994). Personer som genomlever hälsotransitioner är mer sårbara för risker än andra och den som är kritiskt sjuk genomgår flera parallella transitioner under vårdtiden. Överföringar mellan avdelningar eller utskrivning från sjukhuset påverkar patientens hälsotransition. Patienten behöver därför förberedas och vara trygg för att kunna hantera snabba och oväntade transitioner (ibid).

Utvecklingstransition

Patienten kan genomgå utvecklingstransitioner under vårdtiden på intensivvårdsavdelningen. Utvecklingstransitioner i hälsosammanhang kan handla om att utvecklas från att vara beroende till att bli oberoende av exempelvis specifik omvårdnad eller tekniska hjälpmedel. Hälso- och beteendeförändringar så som agitation, smärta och obehag som uppkommit på grund av den kritiska sjukdomen kan dock påverka förutsättningarna för en utvecklingstransition (Eun-Ok, 2018; Meleis, 2018; Meleis & Trangenstein, 1994).

Situationstransition

Kritiskt sjuka personer genomgår situationstransitioner på olika sätt. Exempelvis när man förvandlas från en frisk till en sjuk person, men situationstransitioner kan också genomlevas när den som vårdas för ett ohälsotillstånd måste föras mellan olika vårdplatser, exempelvis från intensivvård till vårdavdelning eller vice versa i samband med att hälsan förbättras eller försämras. Den situationsbaserade transitionen har visat sig ha stark påverkan på patienters upplevelse. Det är därför viktigt att sjuksköterskor förstår dessa förändringar för att kunna erbjuda psykologiskt stöd och en holistisk omvårdnad (Eun-Ok, 2018; A. I. Meleis et al., 2000; Afaf Ibrahim Meleis, 2019).

Transitionella påverkansfaktorer

Transitionens förutsättningar är de omständigheter som främjar eller hämmar huruvida en person lyckas få en hälsosam transition eller ej. De förutsättningar som påverkar transitionen finns på person-, grupp- och samhällsnivå. Personliga förutsättningar för en sund transition kan härledas till individens upplevelser av mening, kulturell övertygelse och åsikter, socioekonomisk status, förberedelse och kunskap (Eun-Ok, 2018). Även känslor av närhet och delaktighet, att samspela med andra, att ha en given plats och kunna utveckla självförtroende och copingstrategier anses vara positiva påverkansfaktorer för en transition (Kralik et al., 2006).

Kännetecknen för upplevelsen av transition

Enligt Meleis' (2000) transitionsteori finns det några gemensamma drag för vad som kännetecknar transitionsprocessen. Kännetecknen utgörs av *medvetenhet*, *medverkan*, *förändring* och *skillnad*, *tidsperiod*, *kritiska punkter* och *händelser* (Eun-Ok, 2018; Kralik et al., 2006). *Medvetenhet* innebär att uppfatta och ha vetskap om transitionen. En persons kännedom om pågående förändringar behöver inte nödvändigtvis betyda att personen har påbörjat sin transition. En bristande medvetenhet betyder inte heller att en transition inte påbörjats. Graden av medvetande kommer dock påverka i vilken utsträckning personen kan medverka i sin transition. *Medverkan* anger hur pass delaktig en person kan vara i transitionsprocessen. Man kan ej vara delaktig utan medvetenhet (ibid.). *Förändringar och skillnader* är kännetecknen hos transitionen och hos en person kan dessa uppstå i personens identitet, olika roller, relationer, förmågor och beteenden. Transitionsteoretikerna menar att sjuksköterskor behöver ta i beaktning hur väl en patient behärskar att hantera skillnader och förändringar för att kunna ge tillfredställande och ändamålsenlig omvårdnad för patienten i transitionen (Eun-Ok, 2018). Transitionen sammankopplas med en *tidsperiod* där det finns en identifierbar startpunkt som sträcker sig från de första tecknen på förväntning eller varseblivning av förändring och som sedan rör sig genom en period av instabilitet - förvirring och svårigheter – för att ändas där en ny början eller period av stabilitet tar vid. *Kritiska punkter och händelser* är tydliga markörer för transitionen och i transitionsteorin medges det att vissa transitioner inte har specifika händelser, men de flesta transitioner har kritiska punkter och perioder. De kritiska punkterna och perioderna associeras ofta med kännedomen av förändringar eller det svåra i upplevelsen av att vara i en transitionsprocess (Meleis, 2010). Slutgiltiga kritiska punkter identifieras som en känsla av acceptans och trivsel i nya rutiner, förmågor, livsstilsval och egenvårdsbeteenden

(Eun-Ok, 2018). Kiwi (2018) beskriver de kritiska punkterna som signifikanta händelser eller vändpunkter, där det skett ett avsteg från det normala och där det nu krävs nya strategier för att hantera sin nya tillvaro.

Transitionsteorin är nu presenterad och det som följer nedan utgör ytterligare bakgrund för förståelsen av den transition en intensivvårdad patient genomgår under överföringsprocessen från intensivvårdsavdelningen till vårdavdelningen.

Intensivvårdsavdelningen

Det finns olika varianter av intensivvårdsavdelning (IVA), bland annat kirurgisk- och medicinsk- likasom neuro- och thoraxintensivvård. Sjukhus på mindre orter har vanligen en blandad IVA där sjukdomsbilderna kan vara både medicinska och/eller kirurgiska (Stubberud, Gulbrandsen, Langdalen, Toverud, & Westvig, 2009). Intensivvården kännetecknas av modern och effektiv teknologi. Denna högspecialiserade vård kan understödja sviktande organ såsom lung-, hjärt- och njursystem och optimerar därmed förutsättningarna för ett välbefinnande eller en livskvalitet patienten själv kan godta (Marshall et al., 2017; Svensk förening för anestesi och intensivvård, 2015). Under tiden de sviktande organen kompenseras eller understöds behandlas även underliggande sjukdom eller tillstånd (Marshall et al., 2017). Vården riktas in på att "köpa tid åt patienten" vilket bidrar till att kroppens egna läkande krafter ges möjlighet att så sakteliga bana väg för återhämtning. Intensivvårdsåtgärderna baseras i första hand på patientens fysiologiska uttryck. Många av behandlingarna på IVA är invasiva och därmed symmetriskt riskabla i relation till deras orsak och funktion. Det finns i huvudsak två synsätt som styr intensivvården – det första är att patientens tillstånd ska vara behandlingsbart och det andra är att patientens livskvalitet är utslagsgivande i olika beslut (Lundberg, 2012). Enligt Perrin och MacLeod (2018) arbetar ett multidisciplinärt team på intensivvårdsavdelningen och tar sig an arbetsuppgifterna uppdelat efter respektive funktion. Att arbeta i team lämpar sig bäst för att svara an på de komplexa behov patienten kan ha. Teamarbetet har som mål att ge en effektiv och holistisk vård till den kritiskt sjuka personen, det vill säga en vård som svarar an på biologiska, psykologiska, sociala och andliga behov.

Patienten på IVA

Varje patient ska ges optimal behandling, det vill säga bästa möjliga behandling och vård utifrån tillstånd, behov och mål (SFAI, 2015). Den som vårdas på IVA kallas intensivvårdspatient enligt (SFAI, 2015). Grundkriterierna för att vara en intensivvårdspatient tolkas som att det ska föreligga akut hotande eller redan förekommande svikt i vitala funktioner för att skrivas in på IVA. Personens hälsosituation ska vara potentiellt reversibel eller tänkbar att åtgärda med transplantation (ibid.). Under både kortvarig eller mer långdragna perioder kan framtidsperspektivet och prognosen vara osäker och individens tillstånd instabilt. Instabiliteten medför ett beroende av kontinuerlig medicinsk övervakning, avancerad behandling och omvårdnad vilket kan behöva pågå alltifrån några timmar till flera veckor (Lippincott, 2011). Eftersom IVA utmärks av sin högteknologiska utrustning kan den som intensivvårdas bli överväldigad av detta (Stubberud, 2015). Utrustningen är dock nödvändig för både vården och överlevnaden men kan orsaka en miljö som känns främmande och illusorisk för den som vårdas. En högteknologisk miljö kan med tiden förorsaka kognitionsstörningar. Därtill bidrar själva sjukdomsprocessen till en påverkan av de kognitiva funktionerna. Intensivvårdade personer kan därför i varierande grad uppleva förvirring och förändrade sinnesförmågor. Läkemedel, sensorisk påverkan, invasiva och icke-invasiva behandlingar, begränsningar av personligt och privat utrymme, emotionellt tillstånd, medicinsk diagnos och andlig status är exempel på faktorer som kan påverka patienten som människa (Lippincott, 2011). Orsakerna till att patienterna intensivvårdas varierar, men oavsett skador, sjukdomstillstånd eller upplevelser, har de gemensamt i att envar av dem tvingas uthärda en kroppslig, mental, social och andlig stress- och krisituation. Med kristillstånd och kritisk sjukdom menas att situationen är mycket allvarlig för den vårdade, i många fall en balansgång mellan liv och död (Lundberg, 2012).

Specialistsjuksköterskans roll på intensivvårdsavdelningen

Svensk sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2012) tar upp de riktlinjer som förekommer inom intensivvården. I intensivvårdssjuksköterskan patientinriktade funktion åtskiljes en sakaspekt - de handlingar som intensivvårdssjukskö-

terskan utför för patienten, och en relationsaspekt - det sätt på vilket intensivvårdssjuksköterskan utför handlingarna. Sakaspekten innefattar målinriktade aktiviteter som relaterar till förebyggande behandlingar, lindring och rehabilitering. Relationsaspekten är mer kopplad till sättet som omvårdnaden utförs, det vill säga med vilket förhållningssätt och bemötande omvårdnaden genomförs. Även om uppdelningen mellan sakaspekten och relationsaspekten kan framstå som distansnerande i en vårdrelation är målet med intensivvården alltid att skapa en miljö som präglas av närhet och medmänsklighet (Stubberud, 2009; Stubberud, Gulbrandsen, & Stubberud, 2009a). Det åligger specialistsjuksköterskan att begränsa risker, förhindra ohälsa samt värna och underlätta patientens egenförmåga till välbefinnande (ibid.). Intensivvårdssjuksköterskan ska även erbjuda ett psykosocialt stöd utifrån patientens individuella behov vilket kan innebära att bemöta och hantera de kris- och sorgereaktioner som vanligen förekommer vid svår sjukdom. Genom information och undervisning kan patientens fysiska, psykiska och sociala välbefinnande stärkas, speciellt om det sker en gynnsam omvårdningsmiljö (SSF, 2012). En god omvårdningsmiljö kännetecknas av kontinuitet, förutsägbara rutiner och trygghet. Patientens känsla av delaktighet och kontroll förstärks genom intensivvårdssjuksköterskans kontakt med andra yrkesgrupper vid till exempel överföringar eller vårdplanering. Vårdplanering kräver att sjuksköterskan reflekterar över patientens fysiska och psykiska behov. Det är viktigt att sätta upp realistiska mål för återhämtningen, att planeringen är individuellt formad efter patientens behov och förmåga. Som en del i vårdplaneringen ska sjuksköterskan även försöka förutse eventuella hinder för vårdens genomförande. Att förekomma och identifiera hinder för välbefinnande kan göras kontinuerligt i relation till patientens förutsättningar och utifrån hälsotillståndets utveckling (Lippincott, 2011).

Intensivvårdspatientens överföring från IVA till vårdavdelningen

IVA-ansvarig läkare fattar beslut om utskrivning i samråd med ansvarig läkare på inskrivande klinik/vårdavdelning. Kriterier för utskrivning innebär bland annat att den intensivvårdade ska vara stabil vad gäller vitalparametrar i förhållande till aktuellt sjukdomstillstånd och förväntad prognos. Utskrivning bör endast ske till mottagande vårdavdelning om de har förutsättning för behandling och övervakning som svarar an mot patientens vårdbehov (SFAI, 2015). Patienten ska ha tillfredställande spontanandning och endast ett lätt eller måttligt ökat syrgasbehov. Cirkulationen ska vara stabil och sakna behandlingsbehov. Eventuella infektioner hos patienten

ska vara under kontroll och det bör inte förekomma några mag-tarmrubbningar. Även vätskebalans och nutritionstatus hos patienten bör vara hanterbar för mottagande vårdavdelning eller klinik. Det råder även konsensus om att patienten inte bör skrivas ut nattetid och att den som är döende ej ska utskrivas om döden anses vara nära förestående (ibid.). Det är intensivvårdssjuksköterskans uppgift att förbereda och uppfölja utskrivning/överföring till vårdavdelning samt överrapportera och dokumentera i samband med att ansvaret för patienten överflyttas till vårdavdelningen (Stubberud, 2005). Planeringen för överföringen av patienten till nästa steg i vårdprocessen bör inledas så snart patienten är inskriven på IVA. Vid planeringen ska hänsyn tas till patientens förutsättningar, vilka resurser som kan tänkas behövas vid överföringen till den mottagande vårdavdelningen (Boutilier, 2007). Komplexa ohälsotillstånd kräver noggrannare planering och vid intrahospitala överföringar är det en fördel om samarbetet mellan avdelningarna börjar så tidigt som möjligt, exempelvis genom att mottagande sjuksköterska kommer och hälsar på patienten innan patienten flyttas. Denna första kontakt mellan mottagande avdelning och patienten kan bidra till att både patienten och de närstående känner att de får mer kontroll över situationen. (Burns & American Association of Critical-Care Nurses, 2014). Vid utskrivning av patienter från intensivvårdsavdelningen är det särskilt viktigt med en effektiv kommunikation. Grundläggande är att kommunikationen mellan intensivvårdsavdelningen och den mottagande vårdavdelningen fungerar (Boutilier, 2007; Stubberud, Gulbrandsen, & Stubberud, 2009b). Kontakten med den mottagande avdelningen bör vara så formell som möjligt för att undvika misstag och att ingen viktig information utelämnas. Informationen som ska överföras bör inkludera; sammanfattning av intensivvårdstiden inklusive diagnos och genomgångna behandlingar, övervaknings- och utredningsplan, planering för bland annat pågående behandling med läkemedel, nutrition, infektionsstatus och eventuellt överenskomna behandlingsbegränsningar. Information som även innehåller beskrivningar av fysiska, psykologiska och känslomässiga rehabiliteringsbehov samt huruvida det förekommer specifika kommunikations- eller språkbehov är betydelsefullt för patientens känsla av att bli sedd och bekräftad på mottagande vårdavdelning (Webb, Angus, Finfer, Gattinoni, & Singer, 2016).

Vårdavdelningen

Vårdavdelningen skiljer sig från en intensivvårdsavdelning främst vad gäller resursnivåer och det är den lägre resursnivån som gör att det i generella termer heter att vårdavdelningen har lägre vårdnivå. Vårdnivå handlar exempelvis om förmågan att hantera komplexa och kritiska sjukdomstillstånd vilket innebär att vårdavdelningen har lägre förmåga att ta sig an svåra ohälsotillstånd. En glesare förekomst av högteknologisk utrustning och personal per inskriven och vårdad person medför att vårdnivån blir lägre. Lägre vårdnivå kan även innebära en teamsammansättning som skiljer sig från teamarbetet på intensivvården; specialisterna är färre och sjuksköterskorna har betydligt fler patienter att ansvara för till skillnad från intensivvårdsavdelningen där sjuksköterskorna ansvarar för vardera en patient, så kallad one-to-one-care. Upplevelsen av att gå ner i vårdnivå, det vill säga att överföras från en högre till en lägre vårdnivå upplevs inledningsvis som både obegriplig och skrämmande av den som plötsligt eller planerat överförs från intensivvården till vårdavdelning (AL-Fayyadh, 2019; Stelfox et al., 2015; Stubberud, Gulbrandsen, & Stubberud, 2009b).

Intensivvårdspatienten på vårdavdelningen

På vårdavdelningen kan intensivvårdspatienten uppleva både psykiska och fysiska svårigheter (Herbst et al., 2018; Stubberud, 2015). Fysiska problem kan utgöras av andningssvårigheter, nutritionsproblem, smärtproblematik, sömnproblem och mobilitetssvårigheter. Intensivvårdspatienten kan även ha psykiska problem såsom höga stressnivåer, ångesttillstånd, återkommande mardrömmar, övergivenhets känslor och depressionssymtom (Stubberud, 2005). Många intensivvårdade patienter upplever stora svårigheter att återhämta sig efter det kritiska sjukdomstillståndet. Redan vid ankomsten till vårdavdelningen kan patienterna bli medveten om de fysiska, kognitiva och psykologiska komplikationer som tillstött och konsekvenserna av dessa kan få negativ inverkan på patienternas upplevelse av livskvalitet. Förlust av muskelmassa och svaghet och psykiska problem som ångest och depression kan påverka patienternas förmåga att engagera sig i sin egen återhämtning. Flertalet patienter drabbas även av svår trötthet (Svenningsen, Langhorn, Ågård, & Dreyer, 2017).

Sjuksköterskans roll på vårdavdelningen

Vårdavdelningen bemannas ofta av grundutbildade sjuksköterskor. I syfte att skapa ökad förståelse för patienternas upplevelser följer här en inblick i de svårigheter som sjuksköterskan kan uppleva i samband med mottagandet av en intensivvårdad person.

För att sjuksköterskorna på vårdavdelningen ska kunna bemöta och ge god omvårdnad till intensivvårdspatienten behöver de främst information som gäller de svårigheter patienten kan tänkas uppvisa på vårdavdelningen (Boutilier, 2007). Sjuksköterskorna på vårdavdelningen kan även behöva undervisas i de fall patienten har särskilda omvårdnadsbehov som avdelningen inte har erfarenhet av (Cognet & Coyer, 2014; Enger & Andershed, 2018). Att ansvara för och vårda före detta intensivvårdspatienter är inte helt enkelt för sjuksköterskan på vårdavdelningen. Sjuksköterskan kan känna sig både villrådig och maktlös i sin omvårdningsroll och svårigheterna kan relatera till både specialistkunskaperna som de inte besitter, men som krävs, och vårdorganisationens struktur som påverkar huruvida sjuksköterskan kan svara an på omvårdnadsbehoven eller ej. Svårigheterna med att genomföra välbehövlig omvårdnad, som exempelvis en så enkel sak som att titta till patienten med tätare frekvens, orsakar lätt etiska dilemman eller samvetsstress för sjuksköterskan. Vårdavdelningens och hela organisationens strukturella begränsningar gynnar inte alltid patienter som överförs från IVA till vårdavdelning (Kauppi, Proos, & Olausson, 2018). När de intensivvårdade patienterna kommer till vårdavdelningen har de individuella förmågor och begränsningar (Häggström, Asplund, & Kristiansen, 2012). Det bästa sättet för vårdavdelningen att hjälpa den intensivvårdade patienten är därför att i första hand ha förståelse för att patienten är i en återhämtningsfas och att det finns behov av att komma igång med rehabiliteringen. Patienten är troligtvis den på avdelningen som är i störst behov av tillsyn och en sjuksköterskas närhet. Om återhämtningen inriktas på att optimera patientens fysiska, känslomässiga, kognitiva och sociala färdigheter i samråd med patienten själv stärks även känslan av delaktighet och medverkan. Det är viktigt att ha i åtanke att tillvaron på vårdavdelningen är patientens första steg till att återvända till ett så normalt liv som möjligt (Svenningsen et al., 2017).

Syfte

Mot denna bakgrund är syftet i föreliggande studie att beskriva patientens upplevelse av att överföras från IVA och vårdas på vårdavdelningen.

Specifika frågeställningar

1. Hur upplever patienten tiden på IVA innan överföring till vårdavdelning?
2. Hur upplever patienten överföringen?
3. Hur upplever patienten att vårdas på vårdavdelningen?

Metod

En icke-systematisk litteraturstudie med integrerad analys har utförts (Kristensson, 2014). En systematisk litteraturstudie ska omfatta all väsentlig litteratur inom ett specifikt område (Forsberg & Wengström, 2016; Kristensson, 2014). En systematisk struktur användes, men analysen byggdes inte utifrån all befintlig litteratur, därför uppfyller metoden inte kriterierna för en systematisk litteraturstudie (Kristensson, 2014).

Urval

Urvalet i litteraturstudien består av totalt nio artiklar. Samtliga artiklar är kvalitativa och utgår från patientens upplevelse av att överföras från IVA och att vårdas på vårdavdelning. Inklusionskriterierna för litteraturstudiens artikelsökning var att artiklarna skulle svara an på syftet, vara skrivna på engelska, vara utförda med kvalitativ forskningsmetod, uppfylla generella forskningsetiska krav samt vara av hög eller medelhög kvalitet.

Datainsamling

Sökningar utfördes inom de två databaserna PubMed och CINAHL. PubMed är en databas konstruerad av National Library of Medicine och erbjuder en internetbaserad variant av MEDLINE. PubMed är den största bibliografiska databasen inom biomedicin, odontologi och vårdvetenskap. Samma artikelsökningar genomfördes även inom databasen CINAHL vilken främst fokuserar på ämnesområdena omvårdnad, fysioterapi och medicin (Polit & Beck, 2018).

I PubMed användes sökordet patient utan att vidare specificera sökinställningarna. På samma sätt användes intensive care, transfer och experience. I CINAHL användes samma söktermer och utan att ändra grundinställningarna.

Sökningarna resulterade i en mängd titlar och samtliga lästes igenom. I det fall titlarna föreföll svara an på studiens syfte lästes även abstrakten. Om artiklarnas abstrakt antydde att de skulle kunna bidra till studiens syfte lästes hela artikeln (Kristensson, 2014). Utifrån artiklarna som lästs i fulltext valdes sedan ett antal studier ut för att granskas ytterligare. Studier som

uppfyllde kraven för hög eller medelhög kvalitet efter granskning valdes ut för att ingå i studiens resultatet. Sökningen efter datainsamlingsprocessen redovisas i följande tabell:

Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext	Kvalitetsgranskade	Artiklar till resultat
CINAHL							
#1	patient	1 775 044	0	0	0	0	0
#2	intensive care	88 474	0	0	0	0	0
#3	transfer	36 241	0	0	0	0	0
#4	experience	308 320	0	0	0	0	0
#5	#1 AND #2	58 139	0	0	0	0	0
#6	#3 AND #4	2682	0	0	0	0	0
#7	#5 AND #6	252	252	32	15	6	2
PubMed							
#1	patient	6 769 775	0	0	0	0	0
#2	intensive care	441 284	0	0	0	0	0
#3	transfer	495 479	0	0	0	0	0
#4	experience	632 986	0	0	0	0	0
#5	#1 AND #2	271 035	0	0	0	0	0
#6	#3 AND #4	7719	0	0	0	0	0
#7	#5 AND #6	860	860	94	32	9	7

Tabell 1 Sökschema över utförda sökningar i CINAHL och PubMed

Dataanalys

För kvalitetsgranskning av urvalet användes Statens beredning för medicinsk och social utvärderingsmall för kvalitetsgranskning av studier för kvalitativ forskningsmetodik (Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering, 2014). Mallen kan liknas vid ett frågeformulär och utgår från tematiskt uppdelade kvalitetskriterier under rubriker såsom syfte, urval, dattainsamling, analys och resultat. Under rubrikerna finns totalt 21 frågor och dessa besvarades för vardera artikel genom att välja det bäst lämpade svarsalternativet (*ja, nej, oklart* eller *ej tillämpligt*). Efter genomgång av samtliga frågor, och i vissa fall med tillägg av egna minnesanteckningar som kan anses relevanta i bedömningsprocessen, framkommer kvaliteten på de studier som granskats. Artiklarna kan uppnå hög, medelhög eller låg kvalitet. För att svara an på föreliggande litteraturstudies syfte genomfördes en analys av artiklarna i flera steg, men först skapades en översiktlig [artikelmatris \(se tabell 1\)](#). Analysen har genomförts med en metod kallad integrerad analys som enligt Kristensson (2014) är ett tänkbart tillvägagångsätt när resultatet i en litteraturstudie ska ordnas. Metoden utgår primärt från att identifiera resultatens skillnader och likheter (Polit & Beck, 2018).

Forskningsetiska avvägningar

Forskning som innebär insamling av känsliga persondata ska med hänsyn till etikprövningslagen (SF,1998:204) prövas etiskt. Kristensson (2014) påpekar dock att en kandidatuppsats inte behöver genomgå en formell prövning i juridisk mening. Samtliga studier som inkluderats i föreliggande litteraturstudie har erhållit godkännande från etiska kommittéer vilket kan vara en kvalitetsindikator för att de forskningsetiska riktlinjerna har följts (C. Forsberg & Wengström, 2016). Föreliggande litteraturstudie utgår även från ICN:s fyra etiska principer vilket på olika sätt kan sammankopplas med studiens syfte eftersom det berör sjuksköterskans uppgifter att arbeta hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande samt försöka lindra lidande och återställa individens hälsa vilket. ICN:s fyra etiska principer kan även appliceras rörande deltagarnas rättigheter. Dessa rättigheter handlar om rätten att inte bli skadad, rätten till full information, rätten till självbestämmande, rätten till privatliv samt rätten till anonymitet och konfidentialitet (ICN, 2014). Alla artiklar som inkluderades i arbetet anses därför till fullo vara etiskt försvarbara. Författarna har med andra ord under arbetets gång beaktat de etiska kriterier som

varit kända och har vidare haft avsikten att förhålla sig öppna inför den information som insamlats genom artiklarna. Författarna har även haft föresatsen att redovisa studiens resultat så hederligt och sakligt som möjligt. Personer som intensivvårdats utgör en särskilt sårbar grupp och det är därför viktigt att det finns en medvetenhet kring de etiska frågeställningarna. Nyttan med studien bör alltid överväga riskerna .

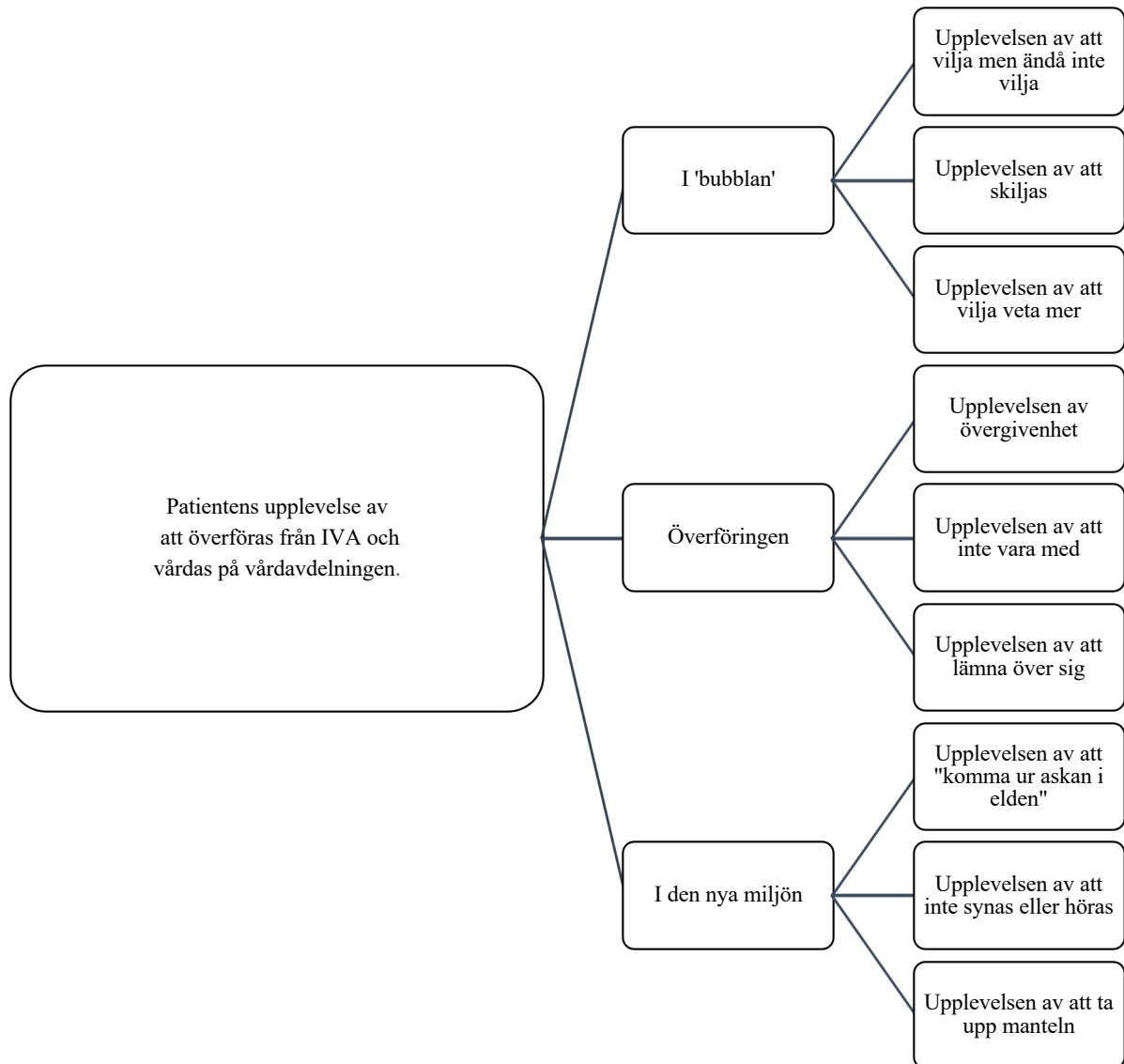
Resultat

Syftet med denna studie var att beskriva patientens upplevelse av att bli överförd från IVA och vårdas på vårdavdelningen. Vid analysen upptäcktes kategorier som kronologiskt följer skeendet utifrån en tänkbar tidpunkt då patienten får besked om överföringen och till en möjlig tidpunkt då patienten börjar reflektera och jämföra vårdavdelningen med IVA. Huvudkategorierna har därför fått benämningar; *i ”bubblan”*, *överföringen* och *i den nya miljön*. Utöver kategorierna identifierades även underkategorier som ansågs särskilt betydelsefulla för att belysa patientens upplevelse och perspektiv på det som sker före, under och efter överföringen. Huvudkategorier samt underkategorier förhåller sig som följer:

- *I” bubblan”*
 - *upplevelsen av att vilja men ändå inte vilja lämna*
 - *upplevelsen av att skiljas*
 - *upplevelsen av att vilja veta mer*
- *Överföringen*
 - *upplevelsen av övergivenhet*
 - *upplevelsen av att inte vara med*
 - *upplevelsen av att lämna över sig*
- *I den nya miljön*
 - *upplevelsen av att ”komma ur askan i elden”*
 - *upplevelsen av att inte synas eller höras*
 - *upplevelsen av att ”ta upp manteln”*

En av huvudkategorierna, *i bubblan*, har fått namn efter ett uttalande från en av deltagarna i en studie och deltagaren liknade vårdtiden på intensivvårdsavdelningen som att vara i en bubbla. Underkategorin *Upplevelsen av att ”ta upp manteln”* har ett liknande ursprung och är hämtat från en av studierna där en deltagare uttrycker ”ta upp manteln” i ett sammanhang av retroaktiv reflektion över återhämtningsprocessen på vårdavdelningen. Samtliga kategorier och underkategorier utgår från patienternas upplevelser och svarar i generella drag an på både syfte och de särskilda frågeställningarna. Relationen mellan kategorier och underkategorier illustreras i figuren nedan.

Tabell 2 Huvudkategorier och underkategorier som framkom vid analys



I ”bubblan”

Upplevelsen av att vilja men ändå inte vilja

På intensivvårdsavdelningen känner patienten trygghet och förtröstan inför det faktum att intensivvårdens resurser kan svara an på alla omvårdnadsbehov. Patienten som ska överföras från IVA till vårdavdelning kan uppleva starka känslor av sårbarhet. Glädjen över återhämtning och överföring från IVA till vårdavdelning blandas därför med rädsla inför att lämna tryggheten på IVA och oro inför att möta det okända som väntar på vårdavdelningen. I flera studier framgår en tydlig ambivalens hos patienterna som ska överföras (A. Forsberg, Lindgren, & Engström, 2011; McKinney & Deeny, 2002; Ramsay, Huby, Thompson, & Walsh, 2014). De flesta som vårdas på intensivvårdsavdelningen uttrycker antingen positiv acceptans eller en försiktig optimism inför överföringen även om de samtidigt känner ångslan eller oro. Den huvudsakliga tolkningen och känslan inför överföringen är att den utgör ett tecken på tillfrisknande. Även patienter som är införstådda med att tillvaron på vårdavdelningen är anorlunda kan känna optimism (McKinney & Deeny, 2002). De personer som upplever intensivvårdsavdelningen som stressig har mer positiva känslor inför överföringen (A. Forsberg et al., 2011). Mindre positiva känslor har personer som refererar till en känsla av att vara frånkopplade från själva överföringsprocessen – de känner sig icke delaktiga – och överlämnar därför kontrollen och ansvaret till intensivvårdspersonalen. Det finns även patienter som uttrycker känslor av likgiltighet inför sin överföring till vårdavdelning. Både likgiltigheten och en mindre positiv attityd till överföringen kan vara tecken på en känsla av maktlöshet (McKinney & Deeny, 2002). I kontrast till de mer pessimistiska attityderna finns det även personer som upplever överföringen som både passande och lämplig eftersom den bidrar till en möjlighet att uppnå högre grad av självständighet, de blickar framåt (Herling et al., 2019).

Upplevelsen av att skiljas

Samtliga personer som vårdas på IVA pratar om intensivvårdssjuksköterskorna i termer av kärlek och tillgivenhet. Relationen till sjuksköterskan utvecklas till ett mycket speciellt förhållande under vårdtiden och flertalet av patienterna upplever det som svårt eller betungande att klippa banden i samband med överföringen (Chaboyer, Kendall, Kendall, & Foster, 2005; McKinney & Deeny, 2002). Den som vårdas i intensivvården upplever den särskilda närheten

till intensivvårdssjuksköterskan som mycket positiv eftersom den omedelbara närvaron skänker en känsla av trygghet och relationen till sjuksköterskan är avgörande för känslan av beskydd och säkerhet (McKinney & Deeney, 2002; de Grood et al., 2018). Relationen till sjuksköterskorna på IVA är intensiv och personlig och många beskriver vikten av sjuksköterskans verkliga förståelse för hur ansträngande IVA-vistelsen är för de närstående. Sjuksköterskor som är empatiska och har förmåga att informera, bry sig om och ta hand om både den som vårdas och de närstående är därför särskilt uppskattade (Herling et al., 2019). Den som vårdas på intensivvårdsavdelningen upplever själv ett stort behov av omvårdnad och förlitar sig helt på intensivvårdssjuksköterskan i samband med symtom. Dyspné, smärta och panikattacker är exempel på vanliga yttringar som sjuksköterskan försöker avhjälpa (Herling et al., 2019). För en del förstärks känslan av säkerhet genom den teknologibaserade vårdmiljön som upplevs vara smart och understödande (ibid.). Eftersom omvårdnaden upplevs intensiv och god anser en del att omvårdnaden på IVA motsvarar själva definitionen av god omvårdnad. Det är även vanligt att den som vårdas på intensivvårdsavdelningen känner sig viktig och betydelsefull eftersom både sjuksköterskan och möjligheterna med den högteknologiska miljön sätter individens behov i centrum (Chaboyer et al., 2005). Intensivvårdssjuksköterskornas kontroll på patientens hälsosituation och förmågan att omedelbart uppmärksamma besvär eller obehag hos den sjuke bidrar till den positiva attityden inför vårdrelationen och omvårdnaden som ges. En del av de som vårdas på IVA ser dock miljön som stressig och kan känna att den oavlåtliga övervakningen stegrar deras ångest och utsatthetskänslor (A. Forsberg et al., 2011). Det finns även patienter som känner sig besvärade av all hjälp de får under intensivvårdsperioden – i synnerhet de som anser sig vara självständiga – att hjälpen i stort sett bekräftar deras beroende och försämrade hälsostatus (McKinney & Deeney, 2002). En del som intensivvårdas längtar efter att få se dagsljus och majoriteten hänvisar till att bristen på fönster ökar deras desorientering i tid och rum. Det finns även en stark önskan hos de som intensivvårdas om möjligheten att få återvinna sin självständighet framförallt i relation till den medicintekniska utrustningen som kan upplevas irriterande, störande och obekvämt (ibid.). Kritik som riktas mot intensivvårdsvistelsen uttrycks dock alltid i kombination med stor tacksamhet för den exceptionellt goda omvårdnaden (Chaboyer et al., 2005).

Upplevelsen av att vilja veta mer

Information till den som vårdas är en grundläggande prioritet på intensivvårdsavdelningen och patienten framhåller själv värdet av sjuksköterskans förklaringar, intresse, stöd och uppmuntran inför bland annat överföringen till vårdavdelningen (Strahan & Brown, 2005). Beroendet av andras stöd och hjälp är besvärande för en del; att inte kunna utföra saker de egentligen borde klara av upplevs som särdeles svårt. En del personer har på grund av sitt ohälsotillstånd eller genomgångna behandlingar, såsom intubering och sedering, drabbats av försämrade kommunikationsförmåga, vilket är synnerligen besvärligt för den som är orolig och vill veta vad som pågår (Herling et al., 2019). En del personer upplever och förklarar att kvaliteten på vården och omvårdnaden är exceptionell på intensivvårdsavdelningen och menar specifikt råden, förklaringarna och stödet som vårdpersonalen ger (McKinney & Deeny, 2002). Det framkommer även att sjuksköterskans förmåga att kommunicera och ge bekräftelse till patienten inger en känsla av trygghet och försäkran och detta talar för att en del av patientens välbefinnande är kopplat till kommunikation och information (A. Forsberg et al., 2011). De personer som på förhand får veta eller får preliminär information uppskattar det även om de vet att planerna senare kan ändras. Några av patienterna får kontinuerlig och specifik information om vad som ska hända (de Grood et al., 2018), men många av de som vårdas på intensivvårdsavdelningen anser dock att de inte förbereds i tillräckligt stor utsträckning inför överföringen, särskilt inte på det emotionella planet (Strahan & Brown, 2005). En del personer som vårdats på IVA anser själv i efterhand att de fått bristfällig information och uttrycker att de hade behov av att få mer detaljerad information om vad som skulle hända före, under och efter överföringen (A. Forsberg et al., 2011) Informationen om en överföring kan även upplevas komma alldeles för sent för den som ska överföras. En person i Herlings studie förvarnas till exempel bara några timmar i förväg om den stundande IVA-utskrivningen och har inget minne av någon gradvis nedtrappning av vårdnivån såsom föreskrifterna råder till (Herling et al., 2019). En annan person i McKinney och Deenys studie blir extubererad bara några timmar innan överföringen genomförs (McKinney & Deeny, 2002).

Överföringen

Upplevelsen av att inte vara med

Det råder generellt mycket förvirring kring vad patienterna faktiskt kommer ihåg av det som sker och det kan bero på att patienten blandar ihop sina egna minnen med information om händelseförloppet som de får berättat för sig i efterhand av exempelvis personal eller närstående. Det är dock vanligt att personer som intensivvårdas minns att de får information men sedan har svårt att komma ihåg vad informationen handlat om (Strahan & Brown, 2005). Patienterna beskriver efter intensivvårdsvistelsen vikten av att använda flera olika kommunikationsmetoder för att de ska ges möjlighet att kunna ta till sig information före, under och efter flytten. Verbal information behövs kontinuerligt och under tiden saker sker, likaså behövs skriftlig information för en permanent tillgång av innehållet. Skriftlig information hjälper även patienten att bevara och bearbeta hela sjukdomsprocessen och kan fungera som ett minnesstöd i kontakten med ny eller obekant vårdpersonal (de Grood et al., 2018)

Upplevelsen av övergivenhet

Att överföras från IVA till vårdavdelningen innebär en förändring för patienten. Omställningen kan beröra aspekter såsom fysiskt och psykiskt välbefinnande men även andra faktorer som upplevs vara opåverkbara och styrda av omgivningen (Chaboyer et al., 2005; McKinney & Deeny, 2002). Positiva erfarenheter eller optimistiska känslor av själva överföringen innefattar att patienten kan ana en progression, det vill säga en utveckling från beroende till oberoende (McKinney & Deeny, 2002). En del av de intensivvårdade beskriver känslor av likgiltighet kring överföringen. Några andra har inga minnen alls av flytten vilket kan bero på en mängd faktorer såsom försvarsmekanismer, minnesförluster eller otillräcklig vakenhetsgrad. För en del av de intensivvårdade sker överföringen så snabbt att de önskar att de blivit bättre förberedda (A. Forsberg et al., 2011). Patienter som förmedlar en mindre gynnsam bild av överföringsprocessen anser främst att de inte är tillräckligt fysiskt och mentalt mogna inför överföringen, vilket bidrar negativt till oroskänslorna inför den nya och okända tillvaron på vårdavdelningen (A. Forsberg et al., 2011; Strahan & Brown, 2005). Ett flertal av de intensivvårdade blir även känsllosamma när de drar sig till minnes vad som hänt och beskriver ut-

skrivningen från IVA som en total chock, att överföringen är en hemsk och stressande erfarenhet att ta sig genom. Känslan av att bli åsidosatt – att inte längre vara i intensivvårdssjuk-sköterskans centrum - ger upphov till ångest (Field, Prinjha, & Rowan, 2008). Framförallt är den oplanerade överföringen ångestframkallande och leder till starka känslor av övergivenhet. Om överföringen sker vid en tidpunkt då den intensivvårdade upplever sig som mest sårbar, exempelvis efter att nyligen ha återfått medvetandet men fortfarande har kvar överklighets-känslor, ökar riskerna för en ogynnsam och ohälsosam transition (Chaboyer et al., 2005; Field, 2018). Den som vårdas kan känna sig utsparkad och oönskad, vara oförstående inför utskrivningen av att plötsligt vara den som tar upp plats för någon annan. Från en dag till en annan förväntas patienten klara sig själv. Personen i fråga var några dagar tidigare döende och ska nu bort från tryggheten på IVA till det okända på vårdavdelningen (ibid.).

Upplevelsen av att lämna över sig

I Forsbergs studie (2011) berättas att en patient i väntan på personalen från vårdavdelningen råkar höra intensivvårdspersonalens diskussion om att en väntande inskrivning försenas på grund av att den nu utskrivningsfärdiga patienten inte blir upphämtad av personalen från vårdavdelningen. Samtalet gjorde att patienten upplevde sig vara i vägen, att inte vara önskad eftersom någon annan behövde platsen. När personalen från vårdavdelningen anländer börjar de två personalgrupperna samtala och patienten förstår då att personalen på den mottagande vårdavdelningen är mycket stressad (ibid.). Trots att patienterna kan råka uppleva vårdens mer negativa sidor försöker de ändå ursäkta dessa misstag och fel som de genomlever. Patienterna refererar till den överbelastning som personalstyrkan får utstå och visar stor förståelse för situationen även om det innebär att de avstår från egna behov. Som en reaktion på personalens arbetsmiljö kan patienten, genom att anta en underordnad roll i vårdrelationen förvänta sig mindre av omvårdnaden (Odell, 2000). En del patienterna beskriver känslan av överföringen som att vara en del i ett stort system eller i en kedja av händelser som de inte har någon kontroll över (McKinney & Deeny, 2002). Patienterna kan då medvetet eller omedvetet överlämna kontrollen. Överlämnandet av kontroll till någon annan kan tillskrivas antingen en känsla av tillit eller en acceptans av att inte ha någon som helst förmåga att ta ansvar eller ha kontroll under överföringssituationen (Odell, 2000). Flertalet av patienterna känner sig dock tillfreds med att överlämna kontrollen till vårdpersonalen inför och under överföringen. Pati-

enterna känner samtidigt ett personligt ansvar att samarbeta med vårdpersonalen och inte orsaka onödiga problem för vare sig vårdpersonalen eller andra som vårdas (Ramsay et al., 2014).

I den nya miljön

Upplevelsen av att komma ur askan i elden

En del personer liknar de första erfarenheterna av omvårdnadsnivån på vårdavdelningen som att vakna från ett drömliknande tillstånd. En av patienterna liknar ankomsten till vårdavdelningen som att hamna i medeltiden (Ramsay et al., 2014). Likaså verkar den uppenbara skillnaden mellan intensivvårdens och vårdavdelningens vårdnivå vara en avgörande faktor för hur individen upplever överföringen i sin helhet (McKinney & Deeny, 2002). Att bli lämnad utan tillsyn i tre till fyra timmar eller längre under första dygnet på vårdavdelningen upplevs som mycket ångestladdat av patienten (Herling et al., 2019). En av de svåraste känslorna hos personer som överförs från intensivvården är oron för det egna hälsotillståndet och tankar som: Vad händer om jag blir sämre? Kommer vårdpersonalen på vårdavdelningen ens upptäcka om jag blir sämre (A. Forsberg et al., 2011)? Rädslan och oron är som starkast nattetid då personalstyrkan på vårdavdelningen vanligtvis minimeras och patienten inser att risken för att behöva ligga oupptäckt och hjälplös är högre än under dagtid (ibid.). Andra patienter säger att deras ångest förvärras av att de helt enkelt är för svaga för att orka påkalla personalens uppmärksamhet och oroas därför över att lämnas ensamma på natten (Field et al., 2008). Efter överföringen upplever de flesta medelsvår smärta, sömnsvårigheter, svaghet, nedsatt rörelseförmåga och aptitförlust (McKinney & Deeny, 2002; Strahan & Brown, 2005). Förändringar i fysisk förmåga upplevs främst i form av försvagning såsom viktförlust, muskelförtvining, generaliserad svaghet och fatigue. Ofta kommer insikten om de nya funktionella begränsningarna plötsligt, vilket kan påverka återhämningsprocessen negativt (Ramsay et al., 2014). Patienterna beskriver också att de drabbas av hallucinationer eller mardrömmar eftersom deras situation upplevs som hemsk, förvirrande och helt oförklarlig. Rörlighet är en annan viktig aspekt som alla deltagare har svårigheter med. Andra känner av attitydskillnader på vårdavdelningen, vissa sjuksköterskor är genuint omvårdande och vänliga medan andra ger intryck av att helst vilja vara någon annanstans (Strahan & Brown, 2005). Det ursprungliga traumat, det vill säga händelsen som orsakat inskrivning på intensivvårdsavdelningen tycks också i

vissa avseenden ha negativ påverkan på återhämtningsprocessen (ibid.). Flera personer upplever att deras kortsiktiga återhämtning äventyras på vårdavdelningen (Field et al., 2008). Att sova, vila, återhämta sig och få hjälp med förflyttning och personlig omvårdnad anses vara basala behov för alla på avdelningen men när de som intensivvårdats känner att de inte kan sova eller vila och inte heller får tillräcklig hjälp med förflyttningar blir de upprörda – i synnerhet när det gäller stöd och förflyttningar som relaterar till toalettbesök (ibid.). Att inte klara sin egenvård framkallar inte bara känslor av att vara smutsig utan förvärrar även känslan av sårbarhet och betydelselöshet. Patienterna förväntar sig att omvårdnaden ska svara an på omvårdnadsbehoven och understödja deras återhämtningsprocess, besvikelsen blir därför stor när förväntningarna inte infrias (ibid.). En del är besvikna på vårdavdelningens utrustning eftersom de blivit lovade att det skulle finnas stödjande utrustning. Detta brutna löfte ökar känslan av att vara oviktig och betydelslös. Många är oförberedda på den hektiska atmosfären, de blir stressade av oväsen från andra som vårdas och deras närstående (Herling et al., 2019). Vissa beskriver avdelningen som störande med sorl och stim överallt och många tillägger i intervjuerna att miljön försvårar deras återhämtning (Strahan & Brown, 2005). Precis som med flera andra aspekter av tillvaron på vårdavdelningen är inte heller upplevelserna av avdelningsmiljön helt odelade; en del personer känner sig störda och rädda på grund av den stökiga miljön medan andra personer som fått en mer avskild sängplats känner sig isolerade och bortglömda (Field et al., 2008)

Upplevelsen av att inte synas eller höras

På vårdavdelningen upplever patienten sig som betydelslös och oviktig (Chaboyer et al., 2005). En del personer känner att de bara är en av många, en i mängden av alla patienter på vårdavdelningen (Field, Prinjha, & Rowan, 2008) och i kontrast till IVA upplever de hur uppenbart lite personalen känner till om deras individuella behov eller tidigare vårdprocess (Chaboyer et al., 2005). Några personer berättar att de blivit ombedda att använda alarmknappen om de behöver hjälp men när de väl ska tillkalla vårdpersonalens hjälp upptäcker de sig vara för svaga för att ens orka trycka på knappen (Field et al., 2008). Vården på avdelningen är adekvat men i kontrast till IVA är skillnaderna svåra att överbrygga, att gå från en överbeskyddande bubbla till en vård som är både okoordinerad och fragmenterad är ingen enkel anpassning (Chaboyer et al., 2005). Eftersom det är betydligt fler som vårdas på vårdavdelningen och personalen färre till antalet upplever de intensivvårdade patienterna att de måste

prioritera sina behov och planera när i tiden de ska be om hjälp (Herling et al., 2019). I kontrast till IVA känns omvårdnaden på vårdavdelningen mindre empatisk och personlig (Herling et al., 2019; McKinney & Deeny, 2002). De främsta stressorerna på avdelningen utgörs av dålig sömn, felanpassad kost och att vara för svag rent fysiskt för att klara basal egenvård. När patienterna upplever inkompetent beteende från personalens sida blir det ofta sista droppen och frustrationen är ett faktum. På avdelningen uppfattas sjuksköterskorna även som en barriär mellan patienterna och läkarna, vilket skapar ytterligare känslor av vanmakt (Herling et al., 2019). De personer som har större omvårdnadsbehov än vad som egentligen kan ges på vårdavdelningen hamnar i kläm och de upplever svår rädsla och frustration; känslor som ofta förvärras av egna svårigheter att kommunicera till vårdpersonalen (ibid.).

Upplevelsen av att ta upp manteln

Känslan av sårbarhet och hjälplöshet är som starkast omedelbart efter överföringen från intensivvårdsavdelningen. Det är först på vårdavdelningen som patienten inser den faktiska betydelsen av att inte längre befinna sig i tryggheten på IVA (Chaboyer et al., 2005).

Flertalet av de som överförs från intensivvården reflekterar över insikten av att ha varit nära döden. Insikten om att de precis undsluppit döden kommer först efter att de landar på avdelningen och får perspektiv på sina upplevelser (McKinney & Deeny, 2002). Det finns personer som anser att överföringen från intensivvårdsavdelningen är positiv – det är skönt och spännande att få komma till vårdavdelningen – och överföringen bidrar till en känsla av att komma tillbaka till verkligheten, ungefär som att komma ut ur en bubbla. Samtidigt som de säger att den friska luften upplevs som härlig och livgivande kan de dock erkänna att den även väcker känslor av sårbarhet eller skörhet (Chaboyer et al., 2005). Personerna som vistats en tid på vårdavdelning säger att relationen till personalen är viktig för att känna trygghet och en del berättar hur glada de blir när intensivvårdssjuksköterskorna kommer och hälsar på bara för att höra hur det går för dem. Patienterna känner sig då som en person och inte bara som ett paket som flyttats från en plats till en annan (de Grood et al., 2018). Den som intensivvårdats känner även mer trygghet om de kan ha visuell kontakt med sjuksköterskorna, att de ser hur sjuksköterskorna rör sig i närheten. En del av de som upplevde intensivvården som stökig och orolig beskriver en känsla av lugn på avdelningen. De blir vänligt bemötta på avdelningen, vilket räcker för att känna trygghet. De känner sig även lättade eftersom övervakningen minskat och friheten från maskinerna ökar deras möjligheter att röra på sig (A. Forsberg et al.,

2011). De som får ett eget rum efter överföringen upplever lugn och en rogivande tysthet vilket de anser vara bra för återhämtningen men även för integriteten. Även om flytten till avdelningen inledningsvis är obehaglig sker en successiv anpassning till den nya miljön enligt Strahan och Brown (2005). Många av de som överförs uttrycker flera positiva aspekter med överföringen och optimismen relaterar till känslor av återhämtning och tillfrisknande (Odell, 2000). Patienterna påpekar även att det är bra att ha en målsättningsstrategi och att bli uppmuntrad av både fysioterapeuter och sjuksköterskor under rehabiliteringsprocessen (Strahan & Brown, 2005). Medvetenhet och förståelse för sitt hälsotillstånd tycks ge bäst förutsättningar att förbättra sin självkänsla under tiden på vårdavdelningen (Herling et al., 2019). Flera personer som vårdas på vårdavdelningen förstod redan innan överföringen att vårdnivån skulle vara annorlunda och accepterar efter flytten att omvårdnadsnivån beror på resurstillgångarna (Field et al., 2008). Personer som uppvisade en positiv mental attityd hade lättare för att ta sig genom svårigheterna i samband med återhämtningen. Den positiva utvecklingen mot fysisk återhämtning reflekteras ofta i patientens mentala status och det framgår att det psykiska och fysiska välbefinnandet är starkt sammankopplat (Strahan & Brown, 2005). Patienterna identifierar själv att beslutsamhet är en viktig inre resurs för en sund transition och återhämtning (Ramsay et al., 2014). Behandlingen och omvårdnaden på avdelningen är fokuserad på självständighet och förmåga att öka sin egenvård (Herling et al., 2019). Alla deltagare är ivriga att få berätta om den övergripande upplevelsen av att vara kritiskt sjuk. Att prata om den kritiska tiden är gynnsamt eftersom de intensivvårdade både vill och behöver minnas sina upplevelser. Genom att berätta och minnas kan de återskapa en mening och få ökad förståelse för det som hänt (McKinney & Deeny). Den som intensivvårdats har även behov av att uppleva framsteg i sin återhämtningsprocess. En person som Strahan och Brown (2005) intervjuat beskrev till exempel att kunna återgå till en normal diet upplevs som ett stort steg i tillfrisknandet. Vissa uttrycker att de genom överföringen går in i en ny fas av sjukdomen där de är tvungna att återuppbygga sig själva och återerövra sin egenförmåga, de tar upp manteln. En känsla av att återvända till det normala syftar till att sköta sin egen personliga hygien, att ha en normal dygnsrytm, kunna sova, äta och röra sig självständigt och att klara av ensamhet och avskildhet utan oro eller ångest (Herling et al., 2019).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Föreliggande studie genomfördes som en litteraturstudie. Intentionen med en litteraturstudie är att utreda och frambringa fördjupade kunskaper inom omvårdnad (Friberg, 2017). En empirisk studie skulle, istället för en litteraturstudie, möjligen ha tillfört studien ett mer färskt och oförädlat material att utgå från, men eftersom sjuksköterskestudenter enbart får intervjua sjuksköterskor och inte patienter – kunde en empirisk studie inte genomföras. Till en början fördes en diskussion mellan författarna kring studiens syfte. Det fanns tankar på att rikta in syftet på sjuksköterskors upplevelser, men denna idé avfärdades omgående eftersom intresset i första hand gällde patienternas upplevelser och det finns inga meningsfulla eller rimliga omvägar att nå just patientupplevelser annat än genom intervjuer med målgruppen ifråga. Därför byggdes föreliggande studie på de resultat som redovisats i de nio utvalda artiklarna, varav samtliga utgår från intervjuer och därför representerar patienternas upplevelser.

För att hitta artiklar som matchade studiens syfte användes databaserna PubMed och CINAHL. Sökorden som användes ansågs vara relevanta utifrån litteraturstudiens problemområde och syfte (Östlundh, 2017). Sökningarna skedde utifrån sökmotorernas grundinställningar eftersom varje försök till precisering, i form av exempelvis ämnesord, försköt sökresultatet bort från både problemområde och syfte. Ett flertal neutrala sökord valdes därför ut för att kombinationen av dessa antogs resultera i ett urval som inte var färgat av söktermer som exempelvis ”post-intensive-care-syndrome”. Färgade sökord hade kunnat resultera i studier där deltagarnas upplevelser hade inneburit att föreliggande studie avgränsats på ett icke önskvärt sätt.

Av studiens nio utvalda artiklar var de flesta studier genomförda i länder med vårdorganisationer som liknar svenska förhållande vilket kan vara tillämpligt avseende överförbarheten (Polit & Beck, 2018). De valda artiklarna är publicerade mellan åren 2000 och 2019. Fastän studierna är fullföljda på olika ställen under ett långt tidsperspektiv skiljer inte resultaten sig åt nämnvärt utan de är närmast ekvivalenta. Urvalet av artiklar/studier och deras parallella resultat ökar därför föreliggande studies överförbarhet till likartade kontexter (Polit & Beck, 2018).

Även om föreliggande litteraturstudie inriktat sitt syfte mot patientupplevelser har även två artiklar som inkluderade vårdpersonals eller närståendes perspektiv använts. Istället för att avfärda dessa artiklar som innehåller så kallade fokusgruppsintervjuer såg författarna dem som relevanta och kompletterande för studien eftersom sjuksköterskan, enligt SSF:s kompetensbeskrivning (2017), bör söka och tillvarata andra yrkeskategoriers kunskaper samt vara förmögna att etablera en förtroendefull relation med både patienten och dennes närstående. Författarna vill därför påpeka, väl medvetna om artiklarnas multipla fokus och risken för att resultatet blivit färgat av närståendes och vårdpersonals upplevelser, att enbart de delar som beskriver patienternas upplevelser har använts. Vidare har författarna haft i åtanke att studierna är genomförda med ett relativt lågt deltagarantal och i vissa fall med stora bortfall, men enligt Polit och Beck (2018) ska inte detta utgöra något hinder i en kvalitativ litteraturstudie med så länge det finns en medvetenhet och öppenhet.

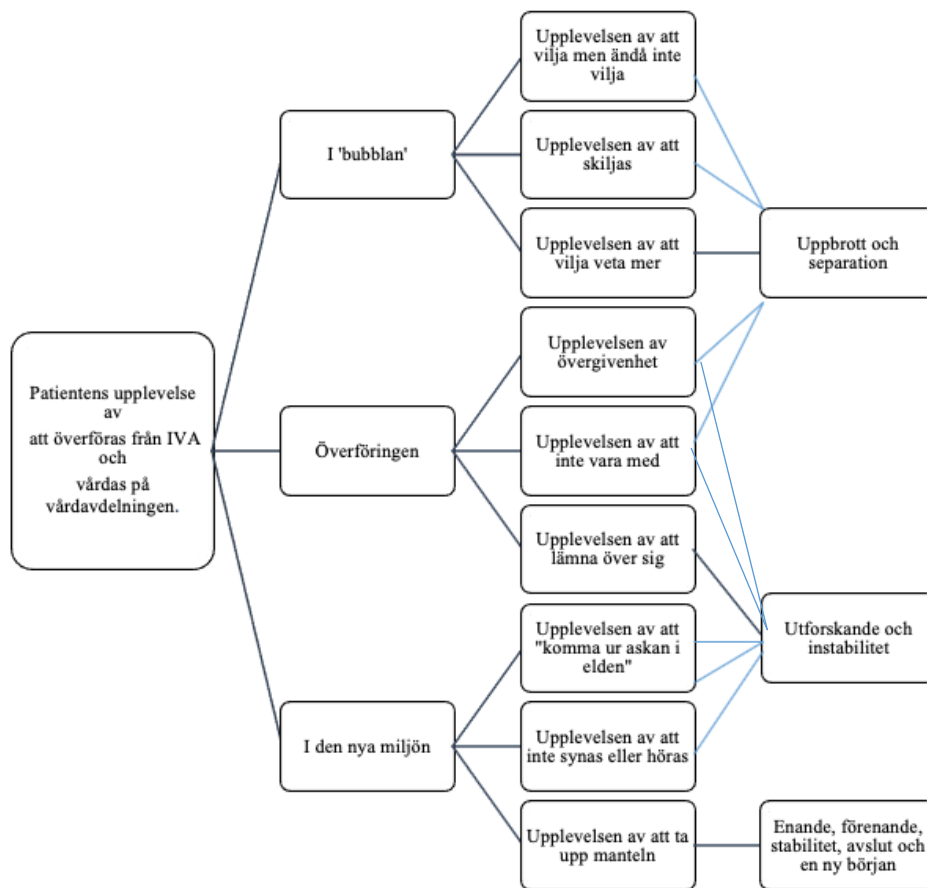
Syftet med en kvalitativa ansats är att förmedla upplevelser och berättelser (Polit & Beck, 2018). Syftet i föreliggande studie är således att beskriva patienters upplevelse av att överföras från intensivvårdsavdelningen och vårdas på vårdavdelning och därför anses valet av en kvalitativ ansats som lämpligt. Den integrerade analysen är enligt Kristensson (Kristensson, 2014) ett lämpligt val för förefintlig litteraturstudie. Genom hanteringen av kategorier och den repetitiva genomgången av materialet byggdes en användbar och fördjupad förståelse upp av intensivvårdade patienters upplevelser.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med nuvarande studie har varit att beskriva patientens upplevelser i samband med överföring från IVA till vårdavdelning. Fokus i diskussionen av resultatet ligger på en tidsperiod som innefattar patientens upplevelser från tiden för ett utskrivningsbesked, det vill säga från en tidpunkt som kan vara alltifrån två dygn eller endast ett par timmar innan överföringen från IVA till en ungefärlig tidpunkt då den vårdade börjar uppleva, reflektera över och förhålla sig till vården på vårdavdelningen (SFAI, 2015). Författarna har varit medvetna om att vårdkulturerna kan skilja sig åt mellan de olika studieorterna även om samhällskulturerna och vårdens styrning är snarlika i de olika länderna. Likaså har det varit viktigt att vara medvetna om att intensivvårdspatienterna är en heterogen grupp, de har intensivvårdats på grund av vitt

skilda orsaker och har en mängd olika diagnoser, men till följd av sjukdom, skada och sjukdomsupplevelse har de en gemensam sak i att de genomgått ett kroppsligt, mentalt, socialt och andligt stress- och kristillstånd. Vid analysen framkom således en mängd nyanser av de intensivvårdades upplevelser. En övervägande del upplever dock att en överföring är negativ och att omställningen är svår att överbrygga eftersom omvårdnadens fokus skiftar från övervakning och kontroll av vitalfunktionerna till att endast gälla stöttning och hjälp med allmän daglig livsföring (McKinney & Deeny, 2002; Ramsay et al., 2014). I princip alla uttrycker att flytten får dem att känna sig trötta och försvagade, vilket kan påverka deras fortsatta förmåga att möta och hantera andra aspekter av överföringen (McKinney & Deeny, 2002; Odell, 2000; Ramsay et al., 2014).

Enligt Meleis et al. (Chick & Meleis; Meleis et al., 2000) är det sjuksköterskans huvudsakliga uppgift att leda patienten genom en transition. Sjuksköterskan ska, som huvudansvarig för omvårdnaden, stötta patienten och de närstående, undervisa och i samråd med patienten underlätta vägen till återhämtning (SSF, 2017). Genom att underlätta för patienten att utveckla ny kunskap, nya förmågor och beteenden som är anpassade till den aktuella hälsosituationen kan patienten få en positiv transition. Det är viktigt att sjuksköterskan förstår att det inte enbart rör sig om *en* transition som patienten genomgår under processen från att ha varit kritiskt sjuk till att anlända som sårbar och skör på vårdavdelningen. Sjuksköterskan bör beakta samtliga transitioner som den intensivvårdade patienten genomgår, vilket innebär att ha ett helhetsperspektiv och ta hänsyn till hälso-, situations- och utvecklingstransitionerna eftersom de sker parallellt och påverkar varandra sinsemellan (Chick & Meleis; Meleis et al., 2000; Schumacher & Meleis, 1994). En hälsosam övergångsprocess karakteriseras av personens upplevelse eller känsla av ökad stabilitet och en märkbar utveckling av inre personliga styrkor samt yttre copingstrategier som medför att den nya situationen blir hanterbar och rimlig (Meleis et al., 2000). Meleis tankar om sjuksköterskans huvudsakliga uppgift för goda transitioner talar således för att omvårdnadens innehåll och personalens förförståelse kan ha en avgörande relevans i mötet med en intensivvårdad patient. Med stöd av bland annat Van Genneps (1960) teoretiska ramverk utvecklar Meleis (2000) förslag på innebörden av tre faser i transitionsprocessen. I första fasen sker *uppbrott och separation*. Andra fasen kännetecknas av *utforskande och instabilitet* och den tredje fasen består av *införlivande eller integration* – det vill säga ett slags *enande, förenande och stabilitet samt drag eller inslag av avslut och en ny början*. Författarna har för avsikt att diskutera resultatet utifrån dessa tre faser.



Uppbrott och separation

I första fasen sker uppbrott och separation – vilket författarna främst vill likna vid patientens upplevelse av att skiljas från det som hålles kärt; intensivvårdssjuksköterskan, den goda och omedelbara omvårdnaden samt den högteknologiska vårdutrustningen som efter en tid inom intensivvården kommit att symbolisera, inte enbart omtanke och trygghet, utan även en övertygande känsla av att överleva istället för att dö. Separationen patienten genomgår vid överföringen kan liknas vid att gå över en bro från det välbekanta och trygga till det obekanta och obeprövade. Uppbrottet kan framkalla och resultera i en mängd tankar och känslor som väcks till liv när utskrivningen aktualiseras. Känslor och funderingar, rädslor och tvivel, hopp och förväntningar blandas och patienten pendlar mellan att längta efter friheten utanför IVA och att tvivla på sin egen förmåga att klara sig utan IVA. Längtan efter normalitet är stor men ambivalensen och känslan av att inte vara redo är mest talande under den första fasen.

Från resultatdelen framkommer att de flesta patienter hinner utveckla en stark relation till sjuksköterskan, omvårdnaden och miljön på intensivvårdsavdelningen. När beskedet om ut-

skrivning kommer upplever patienten en känsla av att bli övergiven och utesluten, nästan utsparkad, från tryggheten (McKinney & Deeny, 2002). I många fall överförs patienterna till vårdavdelning innan de är tillräckligt förberedda fysiskt och mentalt. Stubberud et al. (2009) påpekar att ett flertal studier visar att överlevnaden efter en kritisk sjukdom ökar om överföringen från IVA till vårdavdelning skjuts upp med 48 timmar. Författarna till föreliggande studie förstår detta som att tid är en viktig faktor för både överlevnadschanserna och transitionsprocessen, liksom medvetenhet, förberedelse och kunskap eller förståelse för det som sker. Patienterna upplever sig särskilt sårbara och hjälplösa i samband med att överföringen ska äga rum och en del utvecklar ångest inför vad som ska ske härnäst. (Chaboyer et al. 2005). Att vara sårbar kan beskrivas som en känsla av att det är andra som har kontroll över ens liv och inte man själv (Stubberud, 2015). Behovet av information och känslan av delaktighet eller medverkan innan överföringen är således stort och de brister som framkommer i både resultat och litteratur tycks även i detta fall relatera till tid men även andra resursbrister som berör bemanning och bristande rutiner (de Grood et al., 2018; Strahan & Brown, 2005; Field, Prinjha, & Rowan, 2008; Forsberg, Lindgren, & Engström, 2011; Ramsay, Hubby, Thompson, & Walsh, 2014; Stubberud, 2015). Enligt Stubberud (2015) har patienter ett behov av att få information om vilka psykiska och fysiska besvär de kan tänkas uppleva under rehabiliteringsperioden, de behöver med andra ord inte bara informeras de måste även ha kunskap om sitt eget tillstånd. Ofta kan patienter ha minnesluckor kring sina erfarenheter och inte förstå vad som ligger till grund för deras fysiska och psykiska svaghet – en ökad sjukdomsinsikt är med andra ord nödvändig för deras kognitiva och psykiska återupprättande (Field et al., 2008; Odell, 2000; Stubberud, 2015). Enligt SFAI:s (SFAI, 2015) riktlinjer och SSF:s (2012) kompetensbeskrivning för intensivvårdssjuksköterskor bör förberedelserna för en utskrivning påbörjas samtidigt som patienten blir inskriven på intensivvårdsavdelningen. Det är sjuksköterskan som ska sörja för en omvårdnad som främjar patientens psykiska, fysiska och sociala välbefinnande fram till utskrivningen. Trots goda avsikter hinns inte förberedelserna med och detta kan generellt bero på det pressade läge som intensivvården befinner sig i (Hägström, Asplund, & Kristiansen, 2012). Enligt Stubberud (2015) är patientens reaktioner och förhållningssätt till den skeva maktfördelningen mellan den enskilde och vården högst individuella; en del uppfattar överlämnandet av ansvar som en befrielse och känner sig helt trygga med att låta någon annan ta över, medan andra kan uppfatta det som integritetskränkande (Odell, 2000). Oavsett hur patienten uppfattar sin underordnade roll kan orsaken relatera till en känsla av maktlöshet och att vara bortkopplad eller icke-delaktig i vårdprocessen. En viktig aspekt av

en hälsosam transition är känslan av närhet och delaktighet (Meleis et al., 2000). Både delaktighet och närhet kan skapas genom att uppnå en tillitsfull relation med sjuksköterskan och relationen kan även fungera som ett sätt att jämna ut maktbalansen. Tillit kan växa fram genom vårdarens sätt att vara; att agera med öppenhet, engagemang, förtroende och pålitlighet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

I resultatet framgår att relationen mellan och tillgången till den egna sjuksköterskan är viktig för att skapa en känsla av trygghet (de Grood et al., 2018; A. Forsberg et al., 2011; Ramsay et al., 2014). Enligt Meleis et al. (2000) kan en engagerad sjuksköterska och den som vårdas genom sitt samspel skapa en kontext där omvårdnad och egenvård kan ske effektivt och harmoniskt. Kanske är det därför patienter särskilt uppskattar sjuksköterskor som har förmåga att kommunicera och ge bekräftelse, att de tar sig tid att se individen som en person (Forsberg et al. 2011). Om sjuksköterskan kan möta den enskilda patientens specifika behov kan det lindra patientens lidande och oro inför överföringen. Att ge patienten den tid som krävs för undervisning och kunskapsöverföring kan således vara det som ökar patientens välbefinnande, känslan av värdighet och att vara delaktig (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Överföringar mellan avdelningar påverkar patientens hälsotransition. Patienten behöver därför förberedas och vara trygg för att kunna hantera snabba och oväntade transitioner (Schumacher & Meleis, 1994). Sjuksköterskorna behöver ta i beaktning hur väl en patient behärskar att hantera förändringar för att kunna ge tillfredställande och ändamålsenlig omvårdnad för patienten i transitionen (Eun-Ok, 2018). Förmågan att behärska förändring är beroende av patientens situation. Som intensivvårdad är patienten särskilt sårbar, speciellt innan och direkt efter överföringen och bör därför värnas från onödigt lidande (Meleis, 2000). Sårbarheten utmärks av känslighet och mottaglighet. Sårbarheten innefattar både den biologiska sårbarheten - där kroppen nyligen blivit utsatt för invasiva behandlingar, men även den sociala sårbarheten som omfattar patientens framtida utsikter och handlingsmöjligheter. Sjuksköterskan har här en viktig roll för att öka patientens förståelse av sig själv och sin situation (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016). Genom patientens ömsesidiga relation med sjuksköterskan kan meningen med transitionen avtäckas, klargöras och bekräftas (Meleis, 2000).

Utforskande och instabilitet

Andra fasen kännetecknas enligt Meleis et al. (2000) av utforskande och instabilitet och författarna i föreliggande studie vill diskutera och jämföra fasen med när patienten anländer till

vårdavdelningen och för första gången kan bilda sig en uppfattning om platsens förutsättningar. Till en början upplever sig patienten vara instabil, sårbar och skör i relation till sin omgivning och allt vad det innebär av hinder för harmoni och normalitet. Känslan av instabilitet, när patienten nyligen ansetts vara stabil nog för att utskrivas från IVA, kan liknas vid en känsla av att komma ur askan i elden. Omvårdnaden på IVA är fokuserad på kroppens vitala funktioner och på vårdavdelningen handlar omvårdnaden om att klara de mest basala levnadsaktiviteterna; äta, sova, röra sig, sköta hygien och gå på toaletten. Många patienter uttrycker att deras känsla av sårbarhet och hjälplöshet är som starkast omedelbart efter överföringen eftersom det är då de börjar inse hur tillvaron på vårdavdelningen kommer te sig; de upplever sig varken vara stabila eller starka nog. Sårbarhets känslan ökas ytterligare av det faktum att de fortfarande är beroende av att få hjälp med det mesta samtidigt som de förstår att deras fysiska förmågor har förändrats (Ramsay et al., 2014; Field et al. 2008). Att anpassa sig till den nya miljön utgör ett stort hinder för återhämtning (A. Forsberg & Engström, 2011; McKinney & Deeny, 2002).

Ylinkingas (2017) skriver att människan påverkas av miljön hon befinner sig i. När patienten kommer till en ny och okänd miljö sker de främsta reaktionerna med sinnena men även med känslorna som påverkas genom den atmosfär och stämning som råder på platsen. Det sinnelag som väcks till liv är signifikant för hur patienten upplever och anpassar sig till den nya miljön och huruvida miljön upplevs vårdande eller icke vårdande. Meleis et al. (2000) talar om vikt av *att ha en plats*. Platsen är nämligen en viktig påverkansfaktor för de flesta transitionsupplevelser. För att skapa förståelse för den nya platsen jämförs alla aspekter av den nya platsen med den gamla (Meleis et al., 2000). Att jämföra tjänar som syfte att "etablera" sig både vad gäller tid, plats och omgivning. Jämförelserna och etableringen kan fungera som ett sätt att förklara och kanske rättfärdiga varför man rört på sig, var man är nu, var man har varit och vad och vem man är. Jämförelserna kan dock präglas av ambivalens och variera i en pendlande favorisering av både var man har varit och var man nu är, på olika sätt, samtidigt (Meleis et al., 2000). Stubberud (2015) menar också att yttre faktorer på vårdavdelningen kan orsaka onödigt lidande för den som nyligen landat i en ny tillvaro. Patienten har ännu inte hunnit hitta sin plats och uppfattningen av att inte ha en fristad, att vara platslös, bidrar till känslan av att vara utsatt och sårbar. Patienter har under tiden på intensivvårdsavdelningen haft en starkt begränsad självständighet, nedsatt arbetsminne och svårigheter med att kommunicera (de Grood et al., 2018). Efter överföringen till vårdavdelning finns det plötsligt förväntningar på egenvård och en högre grad av självständighet (Herling et al. 2019). Kontrasterna mellan vårdnivån och avdelningarnas syn på patienten är med andra ord markant. Att inte få den

hjälp som krävs inger inte bara känslor av otrygghet och betydelselöshet utan även frustration och en överväldigande känsla av ensamhet (Strahan & Brown, 2005; Field et al. 2008). Patienter som upplever att de får behandling men ingen omvårdnad kan drabbas av ett vårdlidande som påverkar patienten negativt. Vårdlidandet är ett lidande patienterna kan känna i relation till vårdpersonalen när de upplever att deras behov inte tas i beaktande eller när de känner att deras värdighet kränks (Stubberud, 2015).

Majoriteten av de intensivvårdade patienterna har vant sig vid att hjälpen finn nära till hands och i syfte att skapa liknande närhet bör sjuksköterskan på vårdavdelningen, så långt det är möjligt, prioritera intensivvårdspatienterna med tät tillsyn under de första dygnet (Stubberud, 2015). Upplevelserna av bristande omsorg och endast sporadisk kontakt med sjuksköterskorna kan orsaka känslor av att vara förbisedda och övergivna (ibid.). Från att ha haft en egen sjuksköterskor som med sin ständiga närvaro stöttar och hjälper är det en stor omställning att anpassa sig till *upplevelsen av att inte synas eller höras*. Om patienten inte är förberedd på denna omställning kan det kännas som att *komma ur askan i elden*. Stubberud (2015) menar att trots det faktum att övergången till vårdavdelningen bör indikera ett positivt steg kan ovan nämnda faktorer leda till förvirring, ångest, depression och psykisk påfrestning. Det kan vara därför många känner att deras hälsa försämras efter flytten vilket gör att deras beroende av hjälp förlängs och förutsättningen för oberoende och självständighet kommer att ligga längre bort. Enligt Meleis et al. (2000) karakteriseras en osund transition av fortsatt beroende och instabilitet eller ett pendlande fram och tillbaka mellan olika faser. Samtidigt kan de svårigheter patienterna drabbas av i mötet med vårdavdelningen utgöra det som Meleis et al. (2000) kallar kritiska punkter eller perioder. Kritiska punkter eller perioder associeras med att känslan av att förändring kolliderar med alla de svårigheter som måste övervinnas i transitionsprocessen och återhämtningen från den kritiska sjukdomen.

Enande, förenande, stabilitet, avslut och en ny början

Den tredje fasen som Meleis et al. (2000) nämner består av enande och förenande, stabilitet samt drag eller inslag av avslut och en ny början. Författarna till föreliggande studie föreslår att denna fas kan ses som en parallell till det som sker när patienten vårdats en tid på vårdavdelningen och börjar acceptera det nya. En del av de patienter som överförts från intensivvården är mer optimistiska än andra över att komma till vårdavdelningen. De ser överföringen i sin helhet och associerar den med tillfrisknande och att vara på bättringsvägen även om de

samtidigt kan hysa samma typ av rädslor eller farhågor som personerna med en mer pessimistisk syn på överföringsprocessen, vilket bekräftas av Stubberud (2015). Den optimistiska attityden kan förvisso resultera i större diskrepans mellan förväntningar och verklighet. Men förväntningarna kan även fungera som en motiverande faktor att ta sig förbi hindren genom att till exempel *ta upp manteln* och försöka tolka verklighetens premisser på ett sådant sätt att den kan användas och accepteras som en startpunkt för framtiden (Herling et al., 2019). Under analysen var det uppenbart att patienter har olika förmåga att se optimistiskt på tillvaron. Den som är mer positiv tycks automatiskt ha kortare väg att nå den tredje fasen som Meleis et al. (2000) anser vara fasen då en transition kan nå sitt slut och en ny början kan ta vid. Efter ett tag på vårdavdelningen och efter stora ansträngningar ökar patientens styrka och självständighet. I jämförelserna mellan då och nu har patienten förhoppningsvis utvecklat strategier för att ta sig vidare i sin återhämtning. Patientens ökande medvetenhet resulterar i en gradvis anpassning, förvisso inte alltid i rätt riktning, men patienten börjar se och möta de krav som ska övervinnas för att nå ökad självständighet. Patienten började under andra fasen utforska verkligheten och försöker se den för vad den är, kanske som en slags försoning mellan det som varit och vad som är möjligt framöver, som ett slags självaccepterande (Gustafsson, 2017). Möjligheterna och framtidsutsikterna för en individ kan variera men utmärkande för alla människor är förmågan att känna hopp. Det mänskliga hoppet är alltid närvarande, men kan komma i skymundan när en person drabbas av kritisk sjukdom. Under de allra svåraste stunderna, till exempel i stunder av rädsla och fruktan för sitt liv, kan patienten uppleva ett påtagligt mörker och en drabbande modlöshet; känslor av ”icke-hopp”. Hoppet i sig själv knyter an till patientens upplevelse av vad som finns i framtiden, om det finns en tro på en morgondag. Hoppet kan även utgöra grunden för en inre drivkraft att ta sig framåt och en inställning att oavsett hur det blir finns det en mening med det som sker. Hopp är att inte ge upp, medan motsatsen är att livet inte är levnadsvärt (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

I tredje fasen färdas patienten, med hoppet som drivkraft, i riktning mot stabilitet och rekonstruktion av sig själv. En rekonstruktion som sker både till det inre genom att införskaffa eller skapa ny kunskap utifrån sina förändrade livsvillkor, men även till det yttre genom att inte endast anpassa sig till en förändrad kropp utan även till det som finns utanför patienten; omgivningen med närstående, vårdpersonalen och vardagen på vårdavdelningen. Som tidigare nämnts anser Meleis et al. (2000) att de faktorer som påverkar huruvida en transition blir hälsosam eller ej utgörs av *känslor av närhet och delaktighet, att samspela med andra, att ha en given plats och kunna utveckla självförtroende och copingstrategier*. Hjälper eller stöd från omgivningen kan ha betydelse för transitionens resultat. Sjuksköterskan kan här anta en relevant

roll och vara till stor hjälp för patientens transition och återhämtning (Meleis et al., 2000; Schumacher & Meleis, 1994). Sjuksköterskan kan, för att bidra till en hälsosam transition, bistå patienten att öka sitt välbefinnande och att bli bekväm i sin nya roll och den beteendeförändring som krävs för att reda ut den nya situationen. Patienten kan även behöva hjälp att uppnå eller bevara välfungerande relationer, främst vad gäller relationer som kan ha blivit avbrutna under transitionens förlopp. Att understödja patienten till en hälsosam transition sammanfaller i stort med den kompetens sjuksköterskan besitter då det hör till professionens ansvar att främja patientens välbefinnande, att förebygga ohälsa och understödja patienten att nå stabilitet och självkänsla i relation till både sig själv, sina nära och sin omgivning (Meleis et al., 2000; Meleis & Trangenstein, 1994; Schumacher & Meleis, 1994; SFF, 2017).

Patientens egen betydelse för transitionen består i att förstå vikten av att anamma nya strategier för att hantera sin nya tillvaro (Kiwi, 2018). Även Eun-Ok (2018) påpekar att utveckling mot bättre självförtroende manifesteras i förståelsegraden för olika naturliga processer som bland annat kan relateras till återhämtning, att lära sig leva med begränsningar och hur man succesivt utvecklar strategier för att klara sig. Anpassningsförmåga är således en aspekt av en hälsosam transition. Det är med andra ord anpassningen, känslan av en ökad *medvetenhet*, förståelsen för *förändringen* i sig själv och *skillnaden* mellan då och nu som kan få patienten att *medverka* och återta sin kontroll över livet. Över *tid* kommer transitionen gå mot ett *avslut* och en ny *början* tar vid.

Slutsats och kliniska implikationer

Patienterna genomlever först stora förändringar under tiden på intensivvårdsavdelningen. När de överförs till vårdavdelning måste de anpassa sig till en helt annan omvårdnadstillvaro än vad de är vana vid. Den process som flertalet intensivvårdade genomgår är inte en nyupptäckt företeelse utan har uppmärksamats under en längre tid i flera omgångar.

En intakt vårdkedja med hög kontinuitet är av stor betydelse. Möjligheten att vara i kontakt med samma sjuksköterska över tid kan medverka till patientens optimism och motivation att möta en lägre vårdnivå och ta sig förbi de hinder som finns innan en ny självständighet uppnås. Successiv avväjning av övervakning och teknologisk utrustning samt formell information och kunskapsöverföring är inte tillräckligt för att lindra en så pass stor förändring som överföringen innebär. Det framkommer i resultat och diskussion att det är först när patienten kommer till vårdavdelningen som verkligheten och känslorna hinner ikapp. Därför är det

främst sjuksköterskan på vårdavdelningen som, trots organisationens och arbetsmiljöns begränsningar, har möjlighet att påverka den enskilda patientens situation för såväl transitions- som återhämtningsprocess. Med relativt små medel är det fullt möjligt att göra stor skillnad för den enskilde. Utförlig och upprepad information, i god tid, både verbal och skriftlig kan försäkra informationens utökade livslängd kan ge patienterna en utökad trygghet och i större grad förbereda dem inför överföring och återhämtning. Att titta till, bekräfta och motivera kan bli livsavgörande för den som tappat kontakten med sitt liv.

Eftersom de intensivvårdade patienterna tillhör en sårbar grupp är det viktigt att skapa förståelse och medvetenhet kring de faktorer som hämmar eller främjar återhämtningen efter kritisk sjukdom. En kompetent sjuksköterska förstår vad en intensivvårdad patient behöver och kan svara an på alla fysiska, mentala och andliga omvårdnadsbehov. Det finns dock uppenbara brister vad gäller möjligheterna för en sjuksköterska att ge den omvårdnad som patienterna behöver. I tider med ökande effektivitets- och resultatkrav är risken stor att faktorer som personaltäthet, tid, antal sängplatser och informationskvalitet blir avgörande för de intensivvårdades återhämtning och strävan efter normalitet.

Författarnas arbetsfördelning

Arbetsfördelningen mellan författarna har varit lika under arbetets gång. Gemensamt har författarna tagit sig an sökningar, urvalsprocess, läsning, datainsamling, analys och struktur av resultatet samt skrivande och referenshantering.

Referenser

Referenser markerade med * ingår i studiens resultatdel

- Aitken, L. M., Marshall, A., Chaboyer, W., & Australian College of Critical Care Nurses. (2016). *ACCCN's critical care nursing*. Chatswood, NSW: Elsevier.
- AL-Fayyadh, S. (2019). Predicting the functional independence during the recovery phase for poststroke patients. *Nursing Open*, 6(4), 1346–1353. <https://doi.org/10.1002/nop2.335>
- Blayney, M. C., Donaldson, L., Smith, P., Wallis, C., Cole, S., Lone, N. I., & Scottish Intensive Care Society Audit Group. (2020). Intensive care unit occupancy and premature discharge rates: A cohort study assessing the reporting of quality indicators. *Journal of Critical Care*, 55, 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.09.018>
- Boutilier, S. (2007). B. Leaving critical care: facilitating a smooth transition. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 26(4), 137–142; quiz 143–144. <https://doi.org/10.1097/01.DCC.0000278762.46972.df>
- Burns, S. M., & Delgado, S. A. (Red.). (2018). *AACN essentials of critical care nursing* (Fourth edition). McGraw-Hill.
- Cavic, A. (2018). Behovsrapport för planering av hälso- och sjukvård 2019. Region Skåne. Hämtad från <https://www.skane.se/Public/Protokoll/H%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnden/2018-09-27/Ytterande%20%C3%B6ver%20planeringsdirektiv%202019%20-%20HSN/BEHOVS-RAPPORT%202019%2020180601%20rev.pdf>
- *Chaboyer, W., Kendall, E., Kendall, M., & Foster, M. (2005). Transfer out of intensive care: A qualitative exploration of patient and family perceptions. *Australian Critical Care*, 18(4), 138–145. [https://doi.org/10.1016/S1036-7314\(05\)80026-8](https://doi.org/10.1016/S1036-7314(05)80026-8)
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A Nursing Concern. I P. L. Chinn (Red.), *Nursing research methodology* (s. 237–257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Cognet, S., & Coyer, F. (2014). Discharge practices for the intensive care patient: a qualitative exploration in the general ward setting. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(5), 292–300; quiz 301–302. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.04.004>
- *de Grood, C., Leigh, J. P., Bagshaw, S. M., Dodek, P. M., Fowler, R. A., Forster, A. J., ... Stelfox, H. T. (2018). Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre qualitative study. *Canadian Medical Association Journal*, 190(22), E669–E676. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170588>
- Enger, R., & Andershed, B. (2018). Nurses' experience of the transfer of ICU patients to general wards: A great responsibility and a huge challenge. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e186–e194. <https://doi.org/10.1111/jocn.13911>

- Eun-Ok, I. (2018). U. Chapter 12 Theory of Transitions. I M. J. Smith & P. R. Liehr (Red.), *Middle range theory for nursing* (Fourth edition, s. 265–287). New York, NY: Springer Publishing Company.
- *Field, K., Prinjha, S., & Rowan, K. (2008). "One patient amongst many": a qualitative analysis of intensive care unit patients' experiences of transferring to the general ward. *Critical Care*, 12(1), R21. <https://doi.org/10.1186/cc6795>
- *Forsberg, A., Lindgren, E., & Engström, Å. (2011). Being transferred from an intensive care unit to a ward: Searching for the known in the unknown: Being transferred from an ICU to a ward. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), 110–116. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01915.x>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.
- Friberg, F. (2017). 12. Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg, *Dags för uppsats vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141–153). Lund: Studentlitteratur.
- Gennep, A. van. (1960). *The rites of passage*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Gustafsson, L.-K. (2017). Försoning. I I. Bergbom & L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 225–231). Studentlitteratur.
- Herbst, L. A., Desai, S., Benscoter, D., Jerardi, K., Meier, K. A., Statile, A. M., & White, C. M. (2018). G. Going back to the ward—transitioning care back to the ward team. *Translational Pediatrics*, 7(4), 314–325.
- *Herling, S. F., Brix, H., Andersen, L., Jensen, L. D., Handesten, R., Knudsen, H., & Bové, D. G. (2019). Patient and spouses experiences with transition from intensive care unit to hospital ward – qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/scs.12722>
- Hesselink, G., Flink, M., Olsson, M., Barach, P., Dudzik-Urbaniak, E., Orrego, C., ... on behalf of the European HANDOVER Research Collaborative. (2012). Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Quality & Safety*, 21(Suppl 1), i39–i49. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001165>
- Hägström, M., Asplund, K., & Kristiansen, L. (2012). H. How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care? *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(4), 224–233. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.01.002>
- International Council of Nurses, & Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening
- Kauppi, W., Proos, M., & Olausson, S. (2018). Ward nurses' experiences of the discharge process between intensive care unit and general ward. *Nursing in Critical Care*, 23(3), 127–133. <https://doi.org/10.1111/nicc.12336>

- Kiwi, M. (2018). *Dementia across cultural borders Reflections and thought patterns of elderly Iranians with dementia in Sweden, their relatives and staff at a culturally profited nursing home*. Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-152761>
- Kralik, D., Visentin, K., & Loon, A. V. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Larsson, A., & Rubertsson, S. (2012). *Intensivvård*. Stockholm: Liber.
- Lippincott. (2011). *Critical Care Nursing Made Incredibly Easy!*. Lippincott Williams Wilkins US.
- Lundberg, D. (2012). Intensivvårdsetik. I A. Larsson & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård* (s. 18–26). Stockholm: Liber.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., ... Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
- *McKinney, A. A., & Deeny, P. (2002). Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patients' experience. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(6), 320–331. [https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(02\)00069-1](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(02)00069-1)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). T. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, Afaf Ibrahim. (1990). Being and Becoming Healthy: The Core of Nursing Knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 3(3), 107–114. <https://doi.org/10.1177/089431849000300305>
- Meleis, Afaf Ibrahim. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Pub. Co. Hämtad från <http://site.ebrary.com/id/10373338>
- Meleis, Afaf Ibrahim. (2011). *Theoretical nursing: development and progress* (Fifth Edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, Afaf Ibrahim. (2018). Facilitating and Managing Transitions: An Imperative for Quality Care. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.famt>
- Meleis, Afaf Ibrahim, Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory: *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

- Meleis, Afaf Ibrahim, & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- *Odell, M. (2000). The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 322–329. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01294.x>
- Paratz J, Thomas P, & Adsett J. (2005). Re-admission to intensive care: identification of risk factors. *Physiotherapy Research International*, 10(3), 154–163.
- Perrin, K. O., & MacLeod, C. E. (2018). *Understanding the essentials of critical care nursing* (Third edition). NY, NY: Pearson.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*.
- *Ramsay, P., Huby, G., Thompson, A., & Walsh, T. (2014). Intensive care survivors' experiences of ward-based care: Meleis' theory of nursing transitions and role development among critical care outreach services. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5–6), 605–615. <https://doi.org/10.1111/jocn.12452>
- Riksdagsförvaltningen. *Personuppgiftslag (1998:204) Svensk författningssamling 1998:1998:204 t.o.m. SFS 2010:1969 - Riksdagen*. Hämtad 2020-01-07 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. Ibrahim. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- SFAI, & SIS. (2015). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, Svenska Intensivvårdssällskapet. Hämtad från <https://sfai.se/riktlinje/organisatoriska-rad-och-riktlinjer/intensivvardsorganisation/riktlinjer-for-svensk-intensivvard/>
- Shepherd, S. J. (2018). Criteria for intensive care unit admission and the assessment of illness severity. *Surgery (Oxford)*, 36(4), 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2018.01.003>
- Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2014) Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser. SBU. Hämtad från http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf
- Stelfox, H. T., Lane, D., Boyd, J. M., Taylor, S., Perrier, L., Straus, S., ... Zuege, D. J. (2015). A Scoping Review of Patient Discharge From Intensive Care: Opportunities and Tools to Improve Care. *CHEST*, 147(2), 317–327. <https://doi.org/10.1378/chest.13-2965>

- *Strahan, E. H., & Brown, R. J. (2005). A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(3), 160–171. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.10.005>
- Stubberud, D.-G. (2005). Utskrivelse fra intensivavdelning. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (s. 138–145). Oslo: Akribe.
- Stubberud, D.-G. (2009). Intensivvårdssjuksköterskans målgrupp och arbetsplats. I *Intensivvård* (s. 19–25). Lund: Studentlitteratur.
- Stubberud, D.-G. (2015). *Psykosociala behov vid akut och kritisk sjukdom*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Stubberud, D.-G., Gulbrandsen, T., & Stubberud, D.-G. (Red.). (2009a). Intensivvårdssjuksköterskans funktions- och ansvarsområde. I *Intensivvård: avancerad omvårdnad och behandling* (s. 25–38). Lund: Studentlitteratur.
- Stubberud, D.-G., Gulbrandsen, T., & Stubberud, D.-G. (Red.). (2009b). Utskrivning från intensivvårdsavdelning. I *Intensivvård: avancerad omvårdnad och behandling* (s. 175–186). Lund: Studentlitteratur.
- Svenningsen, H., Langhorn, L., Ågård, A. S., & Dreyer, P. (2017). Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. *Nursing in Critical Care*, 22(4), 212–220. <https://doi.org/10.1111/nicc.12165>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*. Riksföreningen för anestesi och intensivvård, Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.och.intensivvard.kompbeskr.pdf>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/Vardegrund-for-omvardnad/>
- SSF, Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensksjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etikpublikationer/sjukskoterskor-nas_etiska_kod_2017.pdf
- SSF, Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från: <http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska2017-for-webb.pdf>
- Söderqvist, D. (2019, oktober 12). Platsbrist på intensivvården ökar dödsfallen. *SVT Nyheter*. Hämtad från <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/ost/platsbrist-pa-intensivvarden-okar-dodsfallen>

- Vincent, J.-L. (2019). The continuum of critical care. *Critical Care*, 23(S1), 122. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2393-x>
- Vollam, S., Dutton, S., Lamb, S., Petrinic, T., Young, J. D., & Watkinson, P. (2018). Out-of-hours discharge from intensive care, in-hospital mortality and intensive care readmission rates: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 44(7), 1115–1129. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5245-2>
- Webb, A., Angus, D. C., Finfer, S., Gattinoni, L., & Singer, M. (Red.). (2016). *Oxford textbook of critical care* (2nd edition). Oxford: Oxford University Press.
- Östlundh, L. (2017). 5. Informationssökning. I F. Friberg, *Dags för uppsats vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59–82). Lund: Studentlitteratur.
- Ylikangas, C. (2017). Miljö—Ett vårdvetenskapligt begrepp. I I. Bergbom & L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 267–280). Studentlitteratur.

Bilaga 1 (1)

Tabell 2 *Artikelmatris – klicka på länken för att återvända till Dataanalys*

Författare	Syfte	Inklusions- och exklusionskriterier	Urval och bortfall	Design/ metod	Resultat	Kvalitet
År						
Land						
Tidskrift						
8. Transfer out of intensive care: A qualitative exploration of patient and family perceptions						
Chaboyer, W., Kendall, E., Kendall, M., & Foster, M.	Den aktuella studien syftade till att undersöka patienters och familjemedlemmars upplevelse av överföring från IVA till vårdavdelning eftersom de anses besvärliga	Inklusionskriterier var att patienterna skulle minnas sin tid på IVA, att deras närstående deltagit i vården, att de kunde uttrycka sina erfarenheter verbalt och att de bodde i pendelbart avstånd från mötena.	184 individer samt deras familjer ville delta i studien. 10 patienterna med familjer utvaldes till att delta i möte för s.k. fokusgrupper där kriteriet var att patienterna skulle minnas sin IVA-vistelse och där närstående var involverade i deras vård osv. Av dessa tio fokuspatienter kunde 2 ej närvara på mötena. Fokusgruppen delades in i ytterligare två grupper, varav några inte kunde komma. Totalt utgår studien från sju patienterna och sex familjemedlemmar	Deskriptiv kvalitativ studie	<p>Teman</p> <p>En känsla av plötslig övergivenhet</p> <p>Genomgående känslor av sårbarhet och hjälplöshet</p> <p>Känsla av oviktighet vid besked om överflytt</p> <p>Ambivalens inför flytten, antingen ellerkänslor eller känslor som skifter från en stund till annan.</p>	Medelhög/Hög
2005						
Australien						
Australian Critical Care						

Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: A multicentre qualitative study						
<p>de Grood, C., Leigh, J. P., Bagshaw, S. M., Dodek, P. M., Fowler, R. A., Forster, A. J., ... Stelfox, H. T.</p> <p>2018</p> <p>Kanada</p> <p>Canadian Medical Association Journal</p>	<p>Syftet var att generera rekommendationer för hur överföringar från IVA kan förbättras eftersöktes patienters, närståendes och personals perspektiv på överföringar</p>	<p>Inklusionskriterier var deltagare från större studie och som fann det intressant. Erfarenheter från att vara patient och överföras från IVA till vårdavdelning, vara närstående till ovan nämnda patient, vara personal på IVA, vara personal på mottagande vårdavdelning.</p>	<p>Patienterna som överförts från IVA till vårdavdelning tillfrågades, de skulle vara intresserade och kunna delta i studien och sammanlagt 32 personer rekryterades från 8 platser. Från varje plats rekryterades 4 deltagare; 1 patient, 1 närstående, 1 personal från IVA och 1 personal från vårdavdelning</p>	<p>Delstudie som utfördes med semistrukturerade intervjuer med deltagare från en multicenterstudie med prospektiv kohort. Kvalitativ innehållsanalys användes för att härleda teman och underteman.</p>	<p>Teman</p> <p>Resurstillgångar (fysiska och mänskliga)</p> <p>Kommunikation (verbal, skriftlig, face-to-face, telefon)</p> <p>Institutionell kultur (normer, värderingar, övertygelser, vanor)</p>	<p>Hög</p>

A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care						
<p>Strahan, E. H., & Brown, R. J.</p> <p>2005</p> <p>UK</p> <p>Intensive and Critical Care Nursing</p>	<p>Att undersöka och beskriva patienters levda erfarenheter efter överföring från IVA.</p> <p>Syftet med studien var att fastställa följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Om patienterna kände sig förberedda att överföra från IVA? • Vad är den fysiologiska och psykologiska funktionen av patienterna efter överföring från IVA? • Vad är patienternas uppfattningen av situationen en tid efter intensiv-vården? 	<p>Inklusionskriterier: Patienterna som vårdats mer än 3 dagar, 18 år eller äldre, man eller kvinna, fysiskt och mentalt bedömda och kapabla att delta enligt ansvarig läkare.</p>	<p>Tio utvalda. Intervjuer utfördes på avdelningarna 3 — 5 dagar efter överföring från intensivvården.</p>	<p>En Husserlian fenomenologisk metod användes för att få viss förståelse för patienternas erfarenheter av överföring från IVA.</p>	<p>Temor</p> <p>Fysisk respons (sömn, matsmältning, rörlighet)</p> <p>Emotionell respons (positivt, negativt, familj)</p> <p>Tillhandahållande av omvårdnad (Upplevelsen av att lämna IVA för vårdavdelning, behov av information, omvårdnadshantering)</p>	<p>Medelhög/Hög</p>

” One patient amongst many”: A qualitative analysis of intensive care unit patients’ experiences of transferring to the general ward.						
Field, K., Prinjha, S., & Rowan, K. 2008 UK Critical Care	Att utforska och få förståelse för före detta IVA-patien- ters upplevelser i syfte att identifiera orsaker till ”re- location stress”	Maximum variation samples an- vändes, in- klusionskri- terier var män och kvinnor som blivit in- lagda på in- tensiven av akuta skäl, pga. planerad inläggning samt olika lång tid som inskrivna. Syftet med variationen är att få ett så brett fält som möjligt av er- farenheter	40 till 50 berättande DIP Exintervjuer. Alla utom sex av de 40 sva- rande hade varit IVA- vår- dade och det är deras erfarenheter som är i fokus. Alla var in- tervjuade under 2005 till 2006 och de hade varit IVAvårdade mellan 1994 och 2005	Fyrtio före-detta IVA- patienter rekryterades i Storbritannien. Varierat urval användes för att fånga ett brett erfaren- hetsspektrum av IVA. Intervjuerna, som ge- nomfördes i deltagarnas hem, spelades in som del av en studie för Da- tabase of Personal Expe- riences of Health and Illness (DIPEX) internet- resurs. Samtliga inter- vjuer transkriberades, kontrollerades och retur- nerades till responden- terna. För denna rapport gjordes en kvalitativ te- matisk analys för att ut- forska erfarenheterna om överföringen till vår- davelning.	Temor Omvårdnad och stöd (basal omvårdnad, uppmärksamhet, vila, personlig omvård- nad) Kommunikationsproblem Anpassning Avdelningsorganisation och miljö Oro om miljön på avdelningen	Hög

Being transferred from an intensive care unit to a ward: Searching for the known in the unknown: Being transferred from an ICU to a ward						
<p>Forsberg, A., Lindgren, E., & Engström, Å.</p> <p>2011</p> <p>Sverige</p> <p>International Journal of Nursing Practice</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva människors upplevelser av att vårdas på IVA och därefter överföras till en avdelning. Ökad kunskap kring individens erfarenhet kan vara en förutsättning för att kunna förbättra vården för IVA- behandlade och vården på avdelning</p>	<p>Inklusionskriterier var att deltagarna varit inskriven på IVA under minst 2 dagar och sedan blivit överförda till avdelning under det senaste året, deltagarna skulle även minnas tiden för överföringen,</p>	<p>Studiens deltagare var lokaliserade på IVA bestående av sex IVAsängar och 15 postoperativa sängar. Deltagarna i studien överfördes från IVA till kirurg- eller ortopedi-avdelningar. 16 personer kontaktades, sex av dem kunde inte delta eftersom de inte mindes överföringen. Av de återstående tio var sex kvinnor och fyra män.</p>	<p>En induktiv, beskrivande kvalitativ studie utfördes med kvalitativa individuella intervjuer sammanfattar fenomen och händelser i det vardagliga språket.</p>	<p>Artikeln kom fram till ett tema och fem underteman:</p> <p>Behov av att veta Behov av information och god planering</p> <p>Önskemål om att överföringen hade varit bättre planerad: Patienterna kunde uppleva att de var i vägen för andra som behövde platsen mer. Flytten kändes oplanerad, önskan om bättre planering och slippa känslan av att vara i vägen.</p> <p>Sakna tryggheten på IVA IVA känns tryggt med goda resurser och kompetens, hjälpa var alltid nära. Upplevelse av att bli utskriven för tidigt - hade velat stanna längre. En del upplever IVA som lugn i relation till avdelning. Att komma till avdelning upplevs som en annan värld - stökigt, lång tid att få hjälp. Inlagd på sal utsatta o generade.</p> <p>Att komma till ett lugnare sammanhang på avdelning Avdelningen känns som en befrielse, pga. mindre övervakning, mindre spring, färre larm och störande ljus. Egen dörr på avdelning. Vänlig personal ger trygghet</p> <p>Att behöva stöd från personalen Krävande att byta miljö och personal därför viktigt att känna personalen stöd och om möjligt ge tillfälle att träffa samma SSK kontinuerligt. Viktigt med god kommunikation och bekräftelse.</p>	<p>Hög</p>

Patient and spouses' experiences with transition from intensive care unit to hospital ward – qualitative study						
<p>Herling, S. F., Brix, H., Andersen, L., Jensen, L. D., Handesten, R., Knudsen, H., & Bové, D. G.</p> <p>2019</p> <p>Danmark</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p>	<p>En djupare förståelse för erfarenhet av överföring från IVA till en vårdavdelning, utifrån det gemensamma perspektivet patient/ närstående strax efter utskrivning från IVA, för att ta reda på behovet av stöd under processen</p>	<p>Inklusionskriterier var 18 år och äldre, minst tre dagars vård på IVA.</p>	<p>21 patienterna tillfrågades, sju tackade nej, fyra kunde inte minnas sin vistelse på IVA. Fyra män och sex kvinnor deltog, fyra av dem alla valde att närstående också skulle vara med</p>	<p>Studiens design var av tolkande och beskrivande design. En induktiv forskningsmetodik som är relevant för att genomföra inriktad forskning.</p>	<p>Temat</p> <p>“Taking up the mantel” (Att återta kontrollen)</p> <p>Anpassa sig till att vara en i mängden</p> <p>Integrerade makar blev besökare</p>	<p>Medelhög/Hög</p>

Leaving the intensive care unit: A phenomenological study of the patients' experience					
<p>McKinney, A. A., & Deeny, P.</p> <p>2002</p> <p>UK</p> <p>Intensive and Critical Care Nursing</p>	<p>Denna studie utforskade upplevelserna av att överföras från IVA till vårdavdelningen</p>	<p>Exklusionskriterie: Individer som inte kan tala, individer som är förvirrade eller så dåliga att de inte kan intervjuas</p>	<p>Sex deltagare mellan 42 och 75 år, inlagda på IVA mellan 4–10 dagar</p>	<p>Fenomenologi, baserat på tolknings heideggerian metod användes för att vägleda studien.</p>	<p>Rubrikerna i studien anger teman</p> <p><u>Pre-transfer</u></p> <p>Acceptance positiv acceptans, guarded acceptance</p> <p>Desire for normality längtan efter dagsljus, längtan efter mer närhet, längtan efter oberoende</p> <p>Relations with ICU Staff hög kvalitet på vården, patientcentrerad vård, stöd från personalen</p> <p><u>Post-transfer</u></p> <p>Mixed feelings regarding transfer mixade känslor, ambivalens, positiva känslor, osäkra känslor, reserverade känslor</p> <p>Upplevt välbefinnande fysiska och psykiska upplevelser, antingen smärta eller känslor av fysisk svaghet(otillräcklighet?), deprimerade känslor, att inte uppleva framgång i hälsoutvecklingen</p> <p>Differences between ICU and ward skillnader i den fysiska miljön: avdelningen inte så intensiv som IVA, skillnad i vårdintensitet och täthet, skillnade i övervakning</p> <p>Restoring meaning Drömmar; överklighetskänslor och känsla av att bli galen, nära döden-upplevelser; att inse hur nära döden en varit.</p> <p>UPPLEVD SKILLNAD på VÅRDNI-VÅERNA Resultaten av denna studie indikerar att överföring från ICU kan vara problematisk för vissa individer</p>
					<p>Medelhög/Hög</p>

The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward.						
Odell, M. 2000 UK Journal of Advanced Nursing	Att ta reda på hur patienterna upplevde att bli förda från intensivvårdsavdelningen till vårdavdelningen.	Inklusionskriterier är ålder över 18 år, verbalt förmögna att förstå och tala engelska, vårdade på IVA i södra England i minst 4 dagar.	Ålder mellan 30 och 70 år, två män och fyra kvinnor, endast patienterna vars överföring var planerad valdes och ansågs vara en del av deras tillfrisknings-process.	Kvalitativ, fenomenologisk	Teman Likgiltighet/lösgörande (Känslor av likgiltighet om flytten, inget minne eller vetskap om händelseförlopp (ibland som försvarsmekanism), ambivalens. Acceptans (följsamhet och acceptans av hur systemet fungerar) Blandade känslor (kring flytten)	Hög

Intensive care survivors' experiences of ward-based care: Meleis' theory of nursing transitions and role development among critical care outreach services						
<p>Ramsay, P., Huby, G., Thompson, A., & Walsh, T</p> <p>2004</p> <p>UK</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Att utforska de psykosociala behoven hos utskrivna patienterna som blivit utskrivna från IVA.</p>	<p>Exklusionskriterierna omfattade patienterna med en primär neurologisk diagnos, akut psykiatrisk störning, oförmåga att kommunicera på engelska och patienterna som befann sig för långt borta rent geografiskt.</p>	<p>Deltagarna rekryterades efter utskrivning från IVA till avdelning där bemanningen var 1 SSK per 6–8 patienterna.</p>	<p>Kvalitativa data presenteras, del i mix-metodstudie.</p>	<p>Teman</p> <p>Transitionella egenskaper (fysisk svaghet, viktnedgång, muskelförtvinning, generaliserad svaghet, fatigue, nedsatt rörlighet, funktionell nedsättning)</p> <p>Transitionella förhållanden (beroende av SSK:s för egenvård förnedrande, svaghet, tacksamhet för vård, vård möter ej behov, kommunikationsbrister/brist på kontinuitet, glest med personal, vill ej vara till besvär/klaga, oförberedd på fysisk försvagning)</p> <p>Omvårdnadsinterventioner (beslutsamhet främjar hälsosamma transitioner men ibland blir beslutsamheten forcerad till följd av desperation på grund av behov som inte möts)</p>	<p>Medelhög/Hög</p>

