



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet av att arbeta personcentrerat i
en högteknologisk miljö

The Intensive Care Nurse's experience of working person-centered in
a high technological environment

Författare: Sebastian Butfors & Joakim Jöniger

Handledare: Bengt Sivberg

Magisteruppsats

Våren 2022

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

Sammanfattning

Den personcentrerade vården har kommit att bli central inom svensk sjukvård och inte minst för sjuksköterskor verksamma inom intensivvården. Forskning visar hur intensivvårdssjuksköterskans arbete även innefattar vissa medicinska bedömningar, varför den personcentrerade vården inte sällan förväxlas med personcentrerad medicin. Samhället har stadigt blivit mer beroende av teknik och intensivvården är inget undantag. Därav anses sjuksköterskans arbete på intensivvårdsavdelningar idag vara av högteknologisk karaktär. Syftet med studien var att beskriva intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet av att arbeta personcentrerat i en högteknologisk vårdmiljö. Metoden som tillämpades var kvalitativ, där 10 intensivvårdssjuksköterskor på Centralsjukhuset i Kristianstad intervjuades. Intervjuerna analyserades därefter med en innehållsanalys i fyra steg, framtagen av Burnard. Resultatet kom att mynna i två huvudkategorier; Kommunikationen med anhöriga har stor betydelse för IVA sjuksköterskan vid genomförandet av den personcentrerade vården, med underkategorierna: Iva-sjuksköterskans möjligheter till personcentrerad vård, Hinder för genomförande av personcentrerad vård och Teamarbetets och organisationens betydelse för den personcentrerade vården. Den andra huvudrubriken blev Den medicinska teknikens betydelse vid genomförande av personcentrerad vård, med underrubriken Personcentrerad vård och medicinsk teknik. Konklusionen av studien är att den personcentrerade vården utgör en central del inom intensivvården, där närvaron av anhöriga inte nog kan betonas för dess genomförande, men också att vårdformen inte sällan förväxlas med personcentrerad medicin. Detta skulle kunna förklaras med att definitionen av personcentrerad vård inte är enhetlig, utan definieras olika i såväl kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor, som i de kompetensbeskrivningar som återfinns för specialistsjuksköterskor. För att fullt ut kunna arbeta personcentrerat, behöver enighet råda kring såväl definitionen av personcentrerad vård, som till dess innebörd och dess implementering behöver fortskrida.

Nyckelord

Personcentrerad vård, intensivvårdssjuksköterskan, högteknologisk vårdmiljö, kvalitativ innehållsanalys och anhörigas betydelse.

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	6
Högteknologisk vårdmiljö	6
Perspektiv och utgångspunkter	7
Knud Lögstrup	7
Hesook Suzie Kim	8
Personcentrerad vård	9
Syfte	10
Metod	10
Urval	10
Instrument	11
Datainsamling	11
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	14
Kommunikationen med anhöriga har stor betydelse för IVA sjuksköterskan vid genomförandet av den personcentrerade vården	15
Iva-sjuksköterskans möjligheter till personcentrerad vård	15
Hinder för genomförande av personcentrerad vård	16
Teamarbetets och organisationens betydelse för den personcentrerade vården	17
Den medicinska teknikens betydelse vid genomförande av personcentrerad vård	17
Personcentrerad vård och medicinsk teknik	18
Metoddiskussion	19
Giltighet	20
Tillförlitlighet	20
Överförbarhet	21
Resultatdiskussion	22
Iva-sjuksköterskans möjligheter till personcentrerad vård	22
Personcentrerad vård och medicinsk teknik	23
Hinder för genomförande av personcentrerad vård	24
Teamarbetets och organisationens betydelse för den personcentrerade vården	26
Konklusion och implikation	27
Referenser	28
Bilaga 1 (4)	33
INTERVJUGUIDE	33
Bilaga 2 (4)	34

INFORMATIONSBREV TILL VERKSAMHETSCHEF/ENHETSCHEF	34
Bilaga 3 (4)	35
Informationsbrev till Informanter	35
Bilaga 4 (4)	36
Samtyckesblankett	36

Problemområde

Svensk Sjuksköterskeförening (2020) har tillsammans med Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård (ANIVA) givit ut en kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor, med inriktning mot intensivvård. Skriften beskriver bland annat hur sjuksköterskor ska arbeta utifrån ett personcentrerat perspektiv, med respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. Vidare åläggs sjuksköterskor att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande.

Såväl Wikström och Sätterlund Larsson (2004) som Tunlind et al. (2015) påvisar hur sjuksköterskor i allmänhet och intensivvårdssjuksköterskor i synnerhet bedriver sitt omvårdnadsarbete i en högteknologisk miljö. Dean (1998) fann hur sjuksköterskor, arbetande i en sådan miljö, tenderar att röra sig från sin roll som omvårdnadsansvarig, till att istället verka i den medicinska sfären. Föregående beskrivs även av Almerud et al. (2008), som menar att tekniken saboterar det mellanmännsliga mötet, när tekniken rubbar balansen mellan objektiv distans och mellanmännslig närhet. Almerud et al. beskriver detta som att tekniken utmanövrerar omvårdnaden och fokus flyttas till medicinsk behandling och teknisk övervakning, som då blir rutin. Dean (1998) beskriver det som att den högteknologiska miljön avhumaniserar patienten, vilket föranleder upplevelse av stress hos både intensivvårdssjuksköterskan, patienten och dennes familj. Den publicerade litteraturen om denna problematik är begränsad och behöver ytterligare belysas.

Kring Personcentrerad vård i allmänhet, finns det mycket skrivet. Däremot är relationen mellan personcentrerad vård och intensivvård inte lika uttömmande. Med denna studie vill vi bidra med kunskap kring att arbeta personcentrerat inom intensivvårdens högteknologiska vårdmiljö. Författarna när en förhoppning om att kunna bidra till en ökad kunskap och nyfikenhet hos intensivvårdssjuksköterskan, gällande personcentrerad vård. Förutom de positiva effekterna av personcentrerad vård, påvisades av Kang et al. (2021) behovet av ytterligare forskning på området

Bakgrund

Högteknologisk vårdmiljö

Vid olika intensivvårdsavdelningar i Sverige visar bland annat två studier (Wikström & Sätterlund Larsson, 2004; Tunlind et al., 2015) hur införandet av teknisk utrustning påverkat såväl personal som patienter, i avseende såväl trygghet som kunskap. Den tekniska utvecklingen har gått stadigt framåt sedan 1960-talet, i och med uppfinnandet av mikrochipet. Föregående syns tydligt i vårt högteknologiska samhälle och intensivvården är inget undantag (Tunlind et al., 2015). Vårdmiljön inom intensivvården är en av de mest högteknologiska och den ställer stora krav på intensivvårdssjuksköterskans kompetens inom medicinsk behandling och omvårdnad (Larsson et al., 2016). Intensivvårdssjuksköterskan arbetar med kritiskt sjuka patienter i alla åldrar och utför fortlöpande kliniska bedömningar med utgångspunkten att kunna utföra korrekta omvårdnadsåtgärder, samt utvärdera dessa. Patienten är under kontinuerlig övervakning genom ett antal olika medicinsktekniska apparater, med syfte att presentera en ögonblicksbild av patientens vitalparametrar gällande; respiration, cirkulation, neurologi, elimination, nutrition och smärta (Larsson et al., 2016). Tunlind et al. (2015) menar att tekniken bidrar till ökad säkerhet i arbetet kring patienten, då det upplevs säkrare för patienten i samband med olika omvårdnadsåtgärder, såsom renbäddning, lägesändringar och rensugning av luftvägar.

Stress och frustration är upplevelser som påvisats hos sjuksköterskan när tekniken fallerar. Intensivvårdssjuksköterskor förförs inte sällan av avancerade teknik och dess möjligheter till omfattande monitorering av patienten. Tekniken beskrivs som nödvändig och upplevs underlätta omvårdnaden då mycket information rörande patientens tillstånd hela tiden finns tillgänglig. Detta är dock en falsk trygghet. Om tekniken fallerar ställs intensivvårdssjuksköterskan inför stora svårigheter och riskerar att hämmas i sin kliniska bedömning när patienten försämras (Almerud et al., 2008). Införandet av ny teknik har visat sig kunna bidra till upplevelse av stress och frustration hos intensivvårdssjuksköterskor, då de oroas över sin osäkerhet i handhavandet och om det riskerar påverka patienten negativt (Tunlind et al., 2015). Dessa studier påvisar således föreliggande problem, med upplevda begränsningar avseende utövandet av personcentrerad vård, för intensivvårdssjuksköterskan.

Intensivvårdssjuksköterskans möte med patienten sker primärt “bedside” det vill säga i patientens direkta närhet och hon ansvarar för att patientens omvårdnadsbehov tillgodoses utifrån dennes unika krav. Personal inom sjukvård och omsorg i Sverige strävar alltmer efter att arbeta utifrån modellen personcentrerad vård. I denna modell utgår man från att patienten som person står i centrum, i stället för att utgå ifrån patientens sjukdomar och diagnoser (Vårdhandboken, 2021).

Urenfeldt et al. (2018) menar att betydelsen av relationen patient-sjuksköterska och den personcentrerade vården, i Norden har sitt ursprung i filosofer som Heidegger (1889–1976) och Knud Lögstrup (1905-1981).

Perspektiv och utgångspunkter

Knud Lögstrup

Den danske teologen och filosofen Knud Lögstrup, inspirerad av exempelvis Sören Kirkegaard, var en av de stora filosoferna inom existentialismen (Urenfeldt et al., 2018). Lögstrups mest kända verk *The ethical demand* (Den etiske fordring), publicerades 1956 och har sedan omvårdnadsforskningens inträde på universitet och högskolor, runtom i Norden, flitigt tillämpats (Sviland et al., 2020).

I Lögstrups filosofi uppstår det etiska kravet i mötet med den andre. Såväl Sviland et al. (2020), som Franck (2014) och Sandman & Kjellström (2013) menar att kravet har sitt ursprung i det sammanvävda mötet, där vi utmanas att handla. Således kan vi inte heller interagera utan att hålla något av den andres liv i våra händer. Att Lögstrup var teolog tydliggörs av Franck, samtidigt som han belyser Lögstrups budskap om kärleken till sin nästa.

“Att praktisera kärlek och omsorg är att knyta an till de grundläggande villkor vår existens är förenad med. Det etiska kravet bärs inte alls av några motiv. Det präglas av en nästankärlek, och har – helt oberoende av människan och hennes göranden och låtanden – sina rötter i det skapade liv som är en gåva till ömsesidighet”. (Franck, 2014, s. 162).

Kravet i sig är en mellanmänsklig grundhållning inom etikens område, vilken kan ses och appliceras utanför teologin (Frank, 2014). Vidare är det upp till var och en hur vi svarar an på

kravet. men det kan aldrig bestå i att överta den andres ansvar, vilket skulle innebära att frånta den andre hennes självständighet (Sandman & Kjellström, 2013).

Hesook Suzie Kim

Hesook Suzie Kims (2000) omvårdnadsteori bygger på fyra domäner, vilka hon anser ligga till grund för sjuksköterskans omvårdnadshandlingar.

Patientdomänen fokuserar på sjuksköterskans förståelse för vad patienten går igenom, hur patienten är som person och vad som ligger till grund för att patientens problem har uppstått. Mötet avser det fysiska och emotionella mötet mellan sjuksköterska och patient, samt utbytet av den information som ligger till grund för en god omvårdnad både ur patientens och ur sjuksköterskans perspektiv. Exempelvis hur en viss behandling upplevs. En intravenös infusion kan upplevas som ett intrång i kroppen med en känsla av förlorat oberoende. Enligt patientdomänen är det därför viktigt att förstå ett fenomenets påverkan på patienten.

I *Patient/sjuksköterskedomänen* är mötet mellan patient och sjuksköterska i fokus. Kim (2000) beskriver hur interaktionen mellan patient och sjuksköterska uppfattas av patienten. Genom sitt bemötande och agerande, kommer sjuksköterskan på olika sätt påverka patientens upplevelse av vården.

Den praktiska domänen belyser fenomen och upplevelser av den praktiska omvårdnad som sjuksköterskan utför. De praktiska omvårdnadsåtgärderna måste ha en förankring i teoretiska kunskaper för att gagna patienten. Till exempel måste sjuksköterskan ha goda kunskaper i respirationsfysiologi för att kunna bedöma omvårdnadsbehovet hos en patient med dyspné. *miljödomänen* där skiftar fokus från patient/vårdare-perspektivet och istället fokusera på den mänskliga miljön, det vill säga vårdmiljön och eventuella faktorer som påverkar omvårdnaden. Kim (2000) ser miljödomänen som en gemensam källa för att få förståelse och förklaringar till de övriga domänerna. Genom att ha kunskap om miljön ges en bättre förståelse för patientens problem eftersom den förklarar patientens fysiska tillvaro.

Kim (2000) menar att människan alltid strävat efter att kontrollera miljön omkring sig och då särskilt i västvärlden. Den industriella och högteknologiska miljön vi lever i, är exempel på hur människan påverkat miljön omkring sig. Miljön har även en direkt påverkan på människan, vilket i vissa fall är resultatet av att människans försökt kontrollera sin omgivning. Kärnkraftsolyckan i Tjernobyli menar Kim (2000), är ett tydligt exempel på när människan strävan efter kontroll fått stora konsekvenser för mänskligheten.

Kims (2000) miljödomän vilar på tre ben: Den *rumsliga miljön* som är den omedelbara omgivningen. Denna sträcker sig olika långt från person till person, och situation till situation. Den *tidsmässiga miljön*, där förekomsten av olika element påverkar människan och miljön genom hur de förekommer relaterat till regelbundenhet och exponeringstid. Det tredje benet, varpå miljödomänen vilar, beskriver hur *kvalitativa aspekter* påverkar miljön. Dessa kan vara fysiska i sin natur, såväl som sociala eller symboliska. De fysiska aspekterna består av materia. Både levande organismer och andra materiella delar, som bildar den fysiska värld vi lever i. Den sociala miljön innefattas av de individer människan interagerar och kommunicerar med. Både den fysiska och den sociala miljön är mer konkreta, jämfört med den symboliska miljön. Inom den symboliska miljön finns människans historia, dess tro, idéer, värderingar och kunskap.

Kims omvårdnadsteori påvisas tydligt i artikeln av Sundet et al (2020) hur den anknyter till personcentrerad vård, vari det påtalas vikten av det mellanmännsliga (sjuksköterska-patient) samtalet/samarbetet, där vården av personen belyses.

Personcentrerad vård

Intensivvårdssjuksköterskan ska enligt Svensk sjuksköterskeförening (2020) arbeta personcentrerat. Vidare menar man från Svensk sjuksköterskeförening (2019) att den konkreta innebörden av personcentrerad vård, för respektive profession, är beroende av vårdform, som exempelvis akutvård eller äldrevård. I skriften: *Kompetensbeskrivning avancerad nivå- Specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård*, av Svensk sjuksköterskeförening (2020) anges personcentrerad vård som en av intensivvårdssjuksköterskans sex kärnkompetenser.

Behovet av personcentrerad vård har uppstått, menar man från Svensk Sjuksköterskeförening et al. (2019), ur risken att patienten i kliniken reduceras till en sjukdom, ett organ, eller ett objekt, vilket av Ekman et al. (2011) benämns, Personcentrerad Medicin. Inte sällan förväxlas dessa båda begrepp. Enligt Edvardsson (2010) råder det även en viss begreppsförvirring, gällande definitionen av personcentrerad vård.

Det mest centrala i den personcentrerade vården, är partnerskapet mellan vårdgivaren och den person som är i behov av hjälp. I partnerskapet, med dialogen, eller narrativet, som verktyg, kan sjuksköterskan och personen sedan tillsammans formulera omvårdnads mål, att arbeta mot (Ekman et al., 2011; Svensk sjuksköterskeförening et al., 2019).

Kang et al. (2021) påvisar i sin omfattande multicenter-studie, hur patienter som vårdats på intensivvårdsavdelningar där de erhöll personcentrerad vård, i större utsträckning var mer tillfreds med sin upplevelse, samtidigt som de upplevde mindre fruktan. Samtidigt påtalas av Olding et al. (2016) hur behovet av ytterligare forskning kring patientmedverkan på IVA föreligger.

Syfte

Syftet var att beskriva intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter av att arbeta personcentrerat i en högteknologisk vårdmiljö.

Metod

I den kvalitativa metoden söks en förståelse i helheten. Forskningen har sitt ursprung i fenomenologin, där individen studeras inom sin livsvärld. Som filosofisk tradition utvecklades fenomenologi av filosoferna Husserl och Heidegger. Inom fenomenologin ses personens existens som meningsfull och intressant, till följd av att hon befinner sig i den. Via insamling av data, söker sedan forskaren tillträde till informanternas upplevda värld. Det finns alltså ett intresse att förstå ett fenomen utifrån den undersöktes eget perspektiv och beskriva världen som den upplevs för densamme (Polit & Beck, 2008; Kvale & Brinkman, 2014).

Urval

Urvalet av informanter till föreliggande intervjustudie, skedde utifrån intensivvårdssjuksköterskor på Intensivvårdsavdelningen vid Centralsjukhuset i Kristianstad (IVA, CSK). 13 IVA-sjuksköterskor tillfrågades om att medverka, varav tolv tackade ja, medan en valde att inte medverka. För att inkluderas skulle informanten ha arbetat minst ett år som intensivvårdssjuksköterska. Vi genomförde urvalet ändamålsenligt vilket Burnard (2004) anger som vanligast vid en kvalitativ intervjustudie. Enhetschefen agerade mellanhand och ombads tillfråga IVA-sjuksköterskor om tillstånd att lämna ut deras kontaktuppgifter, samt överlämna ett brev (Bilaga 3) med information om intervjun. Av de tillfrågade kom slutligen intervjuer med tio stycken IVA-sjuksköterskor att inkluderas

till resultatet, då vi därefter, utifrån de svar som erhöles, upplevde en informativ mättnad. Informanternas arbetslivserfarenhet som IVA-sjuksköterskor varierade mellan två och 23 år, med en mediantid av 12 år. Av de deltagande var en man och nio kvinnor och informanterna hade ett åldersspann mellan 31 och 63 år, med en medianålder på 45 år.

Instrument

Intervjun som instrument anses av Burnard (2004) vanlig inom omvårdnadsforskningen. Författarna använde sig av en intervjuguide (Bilaga 1) med huvudfrågan kring arbetet med personcentrerad vård fokuserat på bemötande, varefter semistrukturerade frågor följde. Frågorna är tänkta som riktade mot informantens upplevelse. För att få så uttömmande svar som möjligt, nyttjades följdfrågor som komplement. Polit och Beck (2008) anger en lämplig följdfråga som: Vad kände du då, och vad hände efter det? Frågorna utformades för att undvika slutna och korta svar, som ja eller nej. Målet var att erhålla ett så fylligt och innehållsrikt svar som möjligt från informanten.

Datainsamling

Intervjuerna påbörjades efter att författarna erhållit tillstånd från verksamhetschefen samt ett rådgivande yttrande från VEN. I den semistrukturerade intervjun uppmanades informanten att öppet berätta kring sina erfarenheter av personcentrerad vård och bemötande av patienter (Polit & Beck, 2008) Enhetschefen agerade mellanhand, men informanterna tillfrågades om deltagande i studien av oss. Intervjuerna skedde på Anestesikliniken CSK. Polit och Beck (2008) förespråkar att intervjun sker i informantens hem, vilket dock inte lät sig göras till följd av tidsbrist. Vid såväl fysiskt möte eller om intervjun sker digitalt, är det av vikt att informanten befinner sig i en för hen bekant miljö utan distraktioner, vilket kunde ske på ett samtalsrum på Anestesikliniken, CSK. Intervjuerna genomfördes under vecka nio till elva under våren 2022. Samtliga intervjuer skedde på arbetstid, antingen efter rapporten på ett dagpass, eller före rapporten på ett kvällspass.

För att "pröva" frågorna i intervjun, genomfördes en pilotintervju på IVA CSK, där intervjumallen testades. Små ändringar till påföljande intervjuer föreslogs av handledaren, men inte så omfattande att inte "pilotintervjun" kunde inkluderas till studien. En ändring var att informanterna fick personcentrerad vård presenterat för sig, utifrån Svensk

sjuusköterskeförenings (2019) beskrivning. Detta då det råder flera olika definitioner av personcentrerad vård, samt att det rådde tveksamhet hos informanterna kring begreppet. Intervjuerna spelades in som ljudfil med mobiltelefon och data förvarades utom tillträde för obehöriga. Intervjuerna kom att vara mellan 18 och 34 minuter, med en mediantid på 28 min. Vid åtta av intervjuerna medverkade båda författarna, medan resterande två intervjuer, gjordes med respektive en av författarna. Polit och Beck (2008) pekar förvisso på fördelen med en professionell transkribent, men som Kvale och Brinkmann (2009) skriver, sparar det förvisso tid, men samtidigt förloras nyanser från exempelvis tonfall och tystnad i det sagda ordet. För att inte gå miste om nyss nämnda, transkriberades varje intervju i direkt anslutning till intervjutillfället. Vid de åtta intervjuer som genomfördes gemensamt, skedde transkriptionen genom att båda lyssnade till materialet, varefter en av författarna skrev ner det sagda. Vid de två intervjuer, som genomfördes enskilt, skedde transkriptionen av den författare som genomförde intervjun. För att inte gå miste om nyanser i det sagda, lyssnade och läste även den andre datamaterialet.

Analys av data

Innan datainsamlingen påbörjas, är det enligt Burnard (1996), viktigt att ha valt en analysmetod. Den metod som använts i arbetet, har utvecklats av densamme, vilken ursprungligen tog fram en fjortonstegs-metod som lämpar sig väl vid semistrukturerade intervjuer, innehållande öppna frågor (Burnard, 2004). Burnard presenterade år 1996 en analysmetod med fyra steg i analysen, vilken lämpar sig väl vid rapporter och uppsatser. Denna förkortade analysmetod har använts i vårt genomförande av analysen. Nedan beskriver vi hur de fyra stegen har genomförts av oss

1. Vi läste igenom intervjumaterialet i sin helhet för att få en helhetsuppfattning av data. Därefter tillämpades ”öppen kodning” av material som handlade om syftet. Anteckningar gjordes i marginalen av transkriptionen. Så identifierades viktiga ord och fraser relaterade till syftet.
2. Det identifierade materialet sorterades efter släktskap i koder som täckte innehållet i materialet. Besläktade koder bildade kategorier som beskrev innehållet på en mer abstrakt nivå.

3. Steg tre innebar att vi igen gick tillbaka till intervjutranskriptionerna för att se om det fanns stöd i texten för de bildade kategorierna.
4. De slutgiltiga kategorierna gav ett svar på syftet som vi uppställt för vår uppsats. Sammantaget kom sex rubriker att skapas varav två kom att utgöra huvudrubriker, Kommunikationen med anhöriga har stor betydelse för IVA sjuksköterskan vid genomförandet av den personcentrerade vården och Den medicinska teknikens betydelse vid genomförande av personcentrerad vård, för vilka båda rubrikerna erhöll underrubriker.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen			
Öppen kodning	Kodning	Kategorier	Huvudrubriker/ Rubriker
<i>“...man får ett hum om personen. och det tycker jag också när man har hand om sederade patienter, då blir det för mig, det blir en mer person när anhöriga kommer och pratar om dem...”</i>	<i>...sederade patienter... ...det blir en mer person när anhöriga kommer och pratar om dem...</i>	Anhöriga/ närstående Personcentrerad vård	Kommunikationen med anhöriga har stor betydelse för IVA sjuksköterskan vid genomförandet av den personcentrerade vården/ IVA sjuksköterskans möjligheter till personcentrerad vård
<i>“...det var väl lite så när man var ny, med att man kanske stirrade sig lite blind på apparaterna och på skärmarna och allt som pep. Och sen efter hand så på något sätt så tittar man ju mer och mer på patienten... som att man breddar synfältet...”</i>	<i>...när man var ny, med att man stirrade sig blind på apparaterna... ...tittar man ju mer och mer på patienten...</i>	Medicinsk teknik	Den medicinska teknikens betydelse vid genomförande av personcentrerad vård/ Personcentrerad vård och medicinsk teknik

Forskningsetiska avvägningar

Såväl ljudmaterial, som transkriptionen av intervjuerna avidentifierades, kodades och behandlades konfidentiellt, i enlighet med dataskyddsförordningen GDPR (2018). Allt intervjumaterial förvarades på ett krypterat USB-minne som, när det inte används var inlåst i säkerhetsskåp. Ljudfiler raderas och transkriptioner kommer destrueras efter examination. Deltagandet var frivilligt, med möjlighet för den enskilde deltagaren att avbryta sin medverkan om så önskades. Föregående informerades deltagarna både muntligt och skriftligt via ett informationsbrev (Bilaga 2), samt vid tillfället för intervjun. Brevet tilldelades informanterna via enhetschefen på IVA CSK, som även var den som kommer att förmedla vår önskan om informanternas deltagande i studien. När projektplanen var färdigställd erhöles ett rådgivande yttrande från VEN.

Resultat

Syftet var att beskriva intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter av att arbeta personcentrerat i en högteknologisk vårdmiljö och analysen resulterade i två kategorier och fyra underkategorier vilket presenteras i Tabell 2.

Tabell 2. Kategorier	Underkategorier
Kommunikationen med anhöriga har stor betydelse för IVA-sjuksköterskan vid genomförandet av den personcentrerade vården	IVA sjuksköterskans möjligheter till personcentrerad vård
	Hinder för genomförande av personcentrerad vård
	Teamarbetets och organisationens betydelse för den personcentrerade vården
Den medicinska teknikens betydelse vid genomförande av personcentrerad vård	Personcentrerad vård och medicinsk teknik

Kommunikationen med anhöriga har stor betydelse för IVA sjuksköterskan vid genomförandet av den personcentrerade vården

Inom intensivvården möter IVA-sjuksköterskan inte sällan patienter som av olika orsaker är oförmögna att kommunicera. För att kunna arbeta personcentrerat och tillgodose patientens individuella behov, samt för att få en rättvis bild av hans situation, kan patientens anhöriga och närstående utgöra en viktig källa till information och kunskapsinhämtning.

Iva-sjuksköterskans möjligheter till personcentrerad vård

I intervjuerna framkom hur de personliga och individuella behoven är centrala i omvårdnaden kring patienten. Behoven kan vara rent medicinska till sin natur, men även beröra mjuka värden som musiksmak, att personen föredrar att ligga på en viss sida eller religiösa aspekter. Att som IVA-sjuksköterska vara lyhörd och arbeta utifrån ett holistiskt synsätt upplevdes vara av betydelse för att i så stor utsträckning som möjligt tillgodose varje patients unika behov. En återkommande målsättning för flera IVA-sjuksköterskor var att, för patienterna försöka bibehålla en naturlig dygnsrytm, genom att på natten undvika onödig stimuli såsom ljud, ljus och beröring. Att planera omvårdnadsåtgärderna ansågs alltså viktigt ur denna aspekt. Möjligheterna att bedriva en personcentrerad vård bedömdes av flera IVA-sjuksköterskor vara bättre på IVA än andra vårdavdelningar, eftersom personaltätheten är högre och antalet patienter per sjuksköterska är lägre, vilket bidrog till att IVA-sjuksköterskan kunde ha ett djupare engagemang och en bredare kunskap om sina patienter och därmed på ett bättre sätt kunde tillgodose personliga behov och önskemål. Vikten av att se människan bakom diagnoser och utrustning var en viktig egenskap hos IVA-sjuksköterskan. En IVA-sköterska uttryckte det som att:

“...men det är patientens symtom och diagnos vi behandlar, samtidigt som vi vårdar personen...”

För att kunna ha en helhetssyn och se människan i patienten ansåg flera att erfarenhet var en betydande faktor. Som oerfaren IVA-sjuksköterska riktades mer fokus på teknik och medicin. Det liknades vid att erfarenhet vidgar synfältet och att vårdmiljön framstår som fragmentarisk hos den oerfarne, med endast ett mindre fokusområde åt gången. Med erfarenhet kunde

IVA-sjuksköterskan få en bättre överblick och se till helheten på ett bättre sätt, något som ansågs nödvändigt för att kunna se personen snarare än patienten.

De personer som erhåller intensivvård är inte sällan sederade och möjligheten för dem att kommunicera, är således begränsad. En viktig aspekt i den personcentrerade vården angavs som kontakten med anhöriga. Genom anhöriga kunde IVA-sjuksköterskan skaffa betydelsefull information kring patientens hemsituation och levda liv, vilket var till stor hjälp i utformandet av omvårdnaden framgent. Informanterna berättade hur de genom anhöriga inte sällan erhöll kunskap och information om personens livssituation, familjeförhållande och intressen.

“...anhöriga är ju också en jättestor del, Som kan hjälpa en att känna personen bakom patienten...”

Därmed ansågs anhörigas delaktighet, i olika skeden och situationer, vara viktigare för IVA-sjuksköterskan än för patienten.

“...vi som personal har kanske egentligen ibland mer nytta av anhöriga som kommer än alltid vad patienten själva har...”

Inhämtningen av informationen kunde vara utmanande av olika skäl. Den akuta och för anhöriga ofta chockartade situationen var ett exempel som belystes. Flera informanter berättade hur anhöriga tidigare fått fylla i en blankett där de under lugnare former kunde berätta om just deras anhörigas personliga önskemål och livsstil. Detta var dock inget som användes på intensivvårdsavdelningen i Kristianstad (IVA-CSK) längre.

Hinder för genomförande av personcentrerad vård

Patienter som kommer till IVA är inte sällan i ett tillstånd med direkt livshot. Detta föranledde att de blev utsatta för en uttryckt av informanter plågsam vård, som ett vårdlidande, med syftet att rädda personens liv. Det kunde i den akuta situationen vara ett relativt stort antal vårdpersonal som stod över och kring patienten och stundtals förde högljudda diskussioner över personens huvud. Informanterna menade häri att den medicinska vården fick komma i förgrunden.

“Alla gör det de ska och det går bra och patienten överlevde, sen börjar resan”, sade en informant, vilket också var representativt, då flera påtalade hur personen synliggjordes först

då akuta livshot var avvärida.

På frågan om informanterna kunde identifiera några hinder i att arbeta personcentrerat på IVA, ansågs tidsbrist vara en tydlig sådan. Det betonades dock att det endast i undantagsfall som de personcentrerade omvårdnadsåtgärderna uteblev helt, men vanligare var, att de fördröjdes några timmar.

Teamarbetets och organisationens betydelse för den personcentrerade vården

Teamarbete, eller just samarbetet mellan de olika yrkeskategorierna, återgavs inte sällan som en avgörande del för IVA-sjuksköterskans utövande av personcentrerad vård. En informant uttryckte sig kring personcentrerad vård som:

“...det upplever jag när hela teamet, alla yrkeskategorier är med på samma bana och när vi tillsammans samlar information och kunskap om den patienten vi har framför oss...”

I intervjuerna framhölls etiken som ett centralt begrepp inom intensivvården och inte minst relaterat till personcentrerad vård, där det ansågs vara av vikt gällande tillvaratagandet av personens individuella behov och önskemål, dess autonomi.

Situationer där detta framträdde tydligt var där patienten inte längre önskade fortsätta sin vård och behandling, trots att det kunde innebära att personens liv stod på spel. Informanter påtalade då vikten av tillvaratagandet av personens autonomi och IVA-sjuksköterskans roll i detta kom att framställas som att de agerade patientens advokat.

IVA-sjuksköterskan ansvarar inte för att fatta beslut i frågan, men var den i vårdteamet vars roll ansågs som “spindeln i nätet” då arbetet spänner över både omvårdnad och medicin.

Den medicinska teknikens betydelse vid genomförande av personcentrerad vård

Intensivvården är en av de mest högteknologiska vårdnivåerna, där några av de svårast sjuka patienterna vårdas. Gemensamt för dessa patienter är ett uttalat behov av monitorering, varför de kan vara uppkopplade mot flera olika medicinsktekniska apparater. Ur medicinsk aspekt fyller apparaturen ofta sitt syfte, medan den för såväl patienten som IVA-sjuksköterskan kan utgöra ett hinder i den personcentrerade vården.

Personcentrerad vård och medicinsk teknik

För att kunna arbeta inom intensivvården återgavs ett intresse för teknik och teknisk apparatur vara av betydelse. Möjligheterna med att monitorera patienter så ingående ansågs inte bara nödvändig, utan även något utav en tjusning med arbetet som IVA-sjuksköterska. Att ha möjligheter att avgöra om en patient är stressad eller har ont, trots att hen är djupt sederad bedömdes som en viktig del i omvårdnaden och tekniken kom att beskrivas som direkt livsavgörande i vissa fall.

För att kunna följa patientens dynamiska sjukdomstillstånd såg informanterna medicinskteknisk utrustning och övervakning som en nödvändighet. Det var dock inte bara till fördel, utan kunde även vara ett mer eller mindre uttalat hinder i omvårdnaden. Att vara uppkopplad mot olika typer av övervakning dygnet runt ansågs medföra risker för patienten. De blev mer rörelsebegränsade och mer låsta till sin säng än om de var inneliggande på en allmän vårdavdelning. Personen kunde också uppleva en stress av såväl ljud-, som ljus-signaler som larmade. Intensivvårdspatienter beskrevs överlag som sköra och hade inte sällan en sviktande cirkulation. Detta gjorde dem predisponerade för trycksår och flertalet av informanterna nämnde att det räckte med att en kabel låg mot huden för att ett begynnande trycksår skulle uppstå.

Ur IVA-sjuksköterskans perspektiv sågs den omfattande monitoreringen och tekniska utrustningen inte sällan som livsnödvändig, då patientens dynamiska tillstånd snabbt kunde skifta. Viktigt bedömdes det, att inte enbart förlita sig på den information som övervakningen presenterade, utan även göra bedömningar bedside.

Genomgående beskrevs svårigheten att se helheten som oerfaren IVA-sjuksköterska. Erfarenheten medförde att synfältet breddades och möjligheten att se personen bakom all teknik framträdde allt tydligare. Detta medförde i sin tur att IVA-sjuksköterskan lättare kunde avgöra om ett övervakningslarm berodde på att patienten faktiskt försämrades eller om det orsakade av en felkälla.

“...man ser ju mer på patienten än vad man gjorde kanske när man var ny. Då är det ju så fokuserat på skärmar och allting...”

Metoddiskussion

En kvalitativ metod valdes eftersom arbetets syfte var att beskriva erfarenheter. Metoden möjliggör en djupare förståelse av ett fenomen (Polit & Beck, 2008).

Inom kvalitativ forskning finns flera olika metoder för analysen av data. De har som gemensamt utgångspunkt i att finna likheter och skillnader i text (Burnard, 2004).

Dataanalysen bygger på kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Information som inhämtats har kodats och sammanförts i kategorier vilket gav en ökad förståelse för innehållet (Polit & Beck, 2014).

Alternativt kunde en enkätstudie genomförts för att nå ut till fler informanter, men det hade troligtvis inte fångat upp informanternas känslor och erfarenheter lika bra som intervjustudien gjorde. Författarna ansåg att en enkätstudie inte heller varit en lämplig metod med tanke på att det saknas forskning inom området och efter en enklare sökning återfanns ingen validerad enkät. Eventuellt kunde en enkät med möjlighet till fritext i svaret givit informanten större möjlighet att öppet berätta kring sina erfarenheter. Samtidigt ligger styrkan i föreliggande metod i tolkningen av tillvaratagandet i det icke sagda, då gester, miner, tonfall och kroppshållning också kan ge uttryck för känslor och åsikter.

Författarna bedömde den kvalitativa metoden vara den mest lämpliga för att besvara arbetets syfte. Enligt Holme & Solvang (1997) är det viktiga att valet av metod passar den frågeställning vi arbetat med. Andra analysmetoder som kunde tillämpats enligt Kvale och Brinkman (2014) är innehållsanalys, fenomenografi, grundad teori, fenomenologi, explorativ och deskriptiv, hermeneutisk och fenomenologisk och analys av kvalitativa data.

Enligt Burnard (2004) ger den semistrukturerade intervjun inte samma struktur och rigiditet i datan som den strukturerade intervjun, vilket beror på att informanterna inte får exakt samma frågor och ej heller i samma följd. Därmed behöver datan analyseras på ett annat sätt.

Burnards fyrstegsmodell för analys av kvalitativ data anses av kritiker som allt för mekanisk i sin enkelhet, men av just den anledningen är den lämpad för studentuppsatser (Burnard, 2004). Vidare påtalar Burnard hur flera författare medför en tidsvinst, då analys av kvalitativ data anses dels tidsödande, samt ett hantverk svårt att bemästra. Därför ansågs denna analysmodell bäst lämpad för detta arbete, där just tiden och erfarenheten var begränsad.

Författarna ansåg att valet av semistrukturerade intervjuer var tillfredsställande då det möjliggjorde för informanterna att berätta fritt kring sina erfarenheter av det fenomen som valts att studeras. Deltagande informanter ombads avsätta en timme för intervjuerna, vilka

kom att vara mellan 18 och 34 minuter. Författarna har ringa erfarenhet av intervjuer sedan tidigare vilket kan ha lett till att rätt följdfrågor inte ställts och därmed bidragit till att intervjuerna blev relativt korta och information gått förlorad. Informanterna hade också olika mycket att säga vilket återspeglades i längden på svaren. Vi bedömde ändå att de svar som erhöles var innehållsrika och besvarade arbetets syfte. I studien tillämpades ett bekvämlighetsurval innefattande intensivvårdssjuksköterskor arbetande vid Centralsjukhuset Kristianstad, framför allt relaterat till tidsbrist.

Hällgren Graneheim et al. (2017) förknippar kvalitativa studier med begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Utifrån dessa begrepp diskuteras studiens styrkor och svagheter för att bedöma resultatets trovärdighet.

Giltighet

För att ge läsaren möjlighet att bedöma studiens giltighet ska en noggrann beskrivning av dess urval och analysarbete samt presentera citat från intervjuerna (Hällgren Graneheim & Lundman 2008). Detta styrks även av Henricson et al. (2017) som även beskriver att användandet av intervjuguide bidrar till studiens giltighet då det anses säkerställa att informanterna erhåller samma frågor.

Efter pilotintervjun kom författarna att presentera begreppet personcentrerad vård inför varje intervju, då vi som beskrivits i urvalet inte bara upplevde en egen begreppsförvirring utifrån varierande definitioner i litteraturen, utan även noterade hur informanternas tolkning kring innebörden varierade kraftigt. Kanhända hade svaren blivit annorlunda om informanterna fått definiera begreppet utifrån sin ursprungliga uppfattning. Vidare kan det bara spekuleras huruvida även begreppet personcentrerad medicin hade blivit mer framtonande i informanternas svar.

En tillfredsställande spridning bland informanterna relaterat till ålder och kön eftersträvas. I föreliggande arbete saknades spridning avseende könsfördelning vilket kan ha påverkat resultatet. Däremot var åldersspannet och antalet år i yrket hos informanterna brett vilket bedöms vara en styrka.

Tillförlitlighet

Det råder delade meningar kring tillförlitligheten i kvalitativa studier. Detta på grund av att data kan tolkas olika av olika forskare (Burnard et al., 2008). Vidare beskriver Burnard et al. hur tillförlitligheten kan styrkas genom att låta en tredje part granska materialet och därmed minska risken för bias.

Vidare styrks det även av Hällgren Graneheim et al (2008) som belyser vikten av att flera personer är involverade i analysen och det anses även stärka tillförlitligheten att vara flera författare.

För att minska risken för att analysen färgas av att enbart författarnas tolkning av materialet beskrivs, kan en form av triangulering genomföras genom att involvera författarnas handledare som en extern part i analysarbetet. Detta kan vara ett sätt att stärka tillförlitligheten (Thorén- Jönsson, 2017). Således skickade transkriptionen från pilotintervjun till handledaren, vilken däri påtalade styrkor och svagheter i intervjuguiden. Åsikterna beaktades vilket kom att ändra intervjuguiden till dess senare utförande. En svaghet anses vara den förhållandevis enkla triangulering som gjorts av datamaterialet.

För att fånga upp nyanser och uppfattningar i det inspelade materialet är det betydelsefullt att lyssna flera gånger och därefter transkribera. Vi valde att transkribera varje intervju i direkt anslutning till genomförandet. Detta för att det icke sagda kunde förnimmas och noteras i sidmarginalen av transkriptionen.

Som beskrivits i urvalet upplevdes en informativ mättnad relativt tidigt i intervjuprocessen och efter tio intervjuer upplevdes den fullständig. Kanhända hade upplevelsen varit annorlunda om författarna haft mer erfarenhet kring intervjuteknik.

Överförbarhet

För att möjliggöra bedömning för överförbarhet beskriver Hällgren Graneheim et al. (2008) vikten av att författarna ger en noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys och de omständigheter som utgör kontexten för studien. De beskriver även att överförbarheten handlar om hur väl resultatet kan appliceras i olika grupper eller situationer. För att möjliggöra bedömningen av överförbarhet är det av vikt att författarna tydligt beskriver urval, deltagare, datainsamling, analys och de omständigheter vars kontext speglas i arbetet (Hällgren Graneheim & Lundman 2008). Enligt Andrade (2021) är ett bekvämlighetsurval, som tillämpats i denna studie, undermåligt då resultatet troligtvis inte är applicerbart på en större population. Trots begränsningarna kan delar av resultatet överföras

till IVA-avdelningar i samma kontext, men det är upp till läsaren att bedöma om resultatet är överförbart till andra verksamheter.

Resultatdiskussion

Syftet var att beskriva intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter av att arbeta personcentrerat i en högteknologisk vårdmiljö. Intervjuerna kom i resultatet att mynna i två huvudkategorier: Kommunikationen med anhöriga har stor betydelse för IVA sjuksköterskan vid genomförandet av den personcentrerade vården och Den medicinska teknikens betydelse vid genomförande av personcentrerad vård, med tre, respektive en underkategori. Nedan diskuteras resultat i dessa kategorier relaterat till forskning på området.

Iva-sjuksköterskans möjligheter till personcentrerad vård

Informanterna beskrev vikten av att som IVA-sjuksköterska vara lyhörd samt ha ett holistiskt synsätt. Patz (2014) beskriver den personcentrerade vården holistisk till sin natur, när IVA-sjuksköterskan tillåts interagera i förhållande med och till personen, vårdmiljön och sig själv. Genom personcentrerad vård kan IVA-sjuksköterskan uppleva en känsla av “vara med”, snarare än att “göra för” i relationen med patienten. Kristoffersen (2019) återger hur Lögstrup menar att relationen utgörs av ett ömsesidigt behov av den andre, där båda parter behov lyfts fram, vari det etiska kravet uppstår. Relationen mellan personcentrerad vård och etik ansågs av informanterna vara central. Att tillvarata patientens autonomi ansågs för IVA-sjuksköterskan vara betydande och framställdes som att agera patientens advokat.

En avgörande faktor i den personcentrerade vården är möjligheten att inhämta information kring patienten och dess unika situation. Patz (2014) menar att den primära källan till denna information är patienten själv. Inom intensivvården kan detta vara svårt då patienten inte sällan, av olika orsaker, inte kan kommunicera sina behov och önskemål. Under intervjuerna framkom vikten av anhöriga som informationskälla. Det beskrevs inte sällan hur IVA-sjuksköterskan genom anhöriga lärde känna personen och hur deras medverkan ibland ansågs gynna vårdpersonalen, snarare än patienten.

Kim (2000) beskriver i Patientdomänen hur mötet mellan sjuksköterska och patient, fysiskt och emotionellt påverkar sjuksköterskans förmåga att arbeta personcentrerat.

IVA-sjuksköterskan behöver därmed skapa en god relation med patienten för att ha förståelse för dess situation och hur olika omvårdnadsåtgärder kommer att påverka hen.

När patienten inte själv är kapabel att uttrycka sina önskningar och behov åligger det IVA-sjuksköterskan att finna andra vägar till informationen (Schandl et al., 2017). Att vända sig till anhöriga ansågs som en viktig källa till sådan. Att försöka tyda kroppsspråk och ansiktsuttryck var andra alternativ som också nyttjades. Att personcentrerade omvårdnadsåtgärder blev fördröjda till följd av tidsbrist och oförutsedda händelser ansåg informanterna höra till vanligheterna, men att de skulle utebli helt, upplevdes ske endast i undantagsfall.

Möjligheten att arbeta personcentrerat upplevdes hos informanterna vara bättre inom intensivvården jämfört med vårdavdelningar av allmän karaktär. De förbättrade möjligheterna till personcentrerad vård ansågs bero på en högre personaltäthet inom intensivvården där man som IVA-sjuksköterska är ansvarig för en till två, i undantagsfall tre, patienter gentemot ett avsevärt större antal patienter per sjuksköterska på allmänna vårdavdelningar. Förutom möjligheterna för personcentrerad omvårdnad, visar Aiken et al. (2011) hur patientsäkerheten, med bättre överlevnad också ökar med högre personaltäthet.

Personcentrerad vård och medicinsk teknik

IVA-sjuksköterskornas relation till medicinsk teknik och apparatur var mångfasetterad.

Tekniken ansågs vara till hjälp, avseende monitorering av personens vitala funktioner och kunde rent av vara livräddande hos patienten med hotande eller pågående organsvikt. Vidare berättade informanterna hur de som IVA-sjuksköterskor skiftat i sin uppmärksamhet från att reagera på alla larmsignaler, till att med erfarenhet kunna urskilja larmsignaler av betydelse, relaterat till personen de vårdar. Som att sinnena skärps och kan samverka när det behövs, istället för att som hos nybörjaren översköljas av information som blir svår att sortera.

Bokhour (2018) belyser även vårdmiljön som en viktig komponent i den personcentrerade vården. Miljödomänen anses av Kim (2000) vara den av hennes fyra domäner som utgör en direkt koppling till sjuksköterskans förståelse av patientens situation och tillvaro. I Kims miljödomän ryms det som vi anser definiera den personcentrerade vården. Vår bedömning är att, genom förståelse kring patientens unika situation relaterat till Kims omvårdnadsteori samt de faktorer som påverkar den, kan IVA-sjuksköterskan verka personcentrerat.

Informanterna återgav hur patienter upplevt sig fysiskt knutna till kablar och apparatur, men också hur monitoreringen kommit i förgrunden framför personen.

Almerud et al. (2007) och Johansson et al. (2012) fann i sina studier att patienter, nedsatta av sjukdom, initialt anpassade sig till situationen som patient. Med detta avsågs miljön såväl som rutiner. Patienterna tenderade att inte ifrågasätta, utan litade på IVA-sjuksköterskorna och upplevde en känsla av trygghet. Det ansågs däremot göra patienterna sårbara och försatta i en utsatt situation, där de i stället för att ses som en person beskrevs som observationsobjekt, monitorerade och blottade. Efterhand kom patienten att bli mer observant på sin omgivning och uppfattade vårdpersonalen mer som teknikens förlängda arm, med fokus på organsystem och vitala funktioner snarare än som personer (Almerud et al., 2007 & Johansson et al., 2012). Kim (2000) beskriver i sin Patientdomän vikten av sjuksköterskans förståelse för patientens situation, såväl fysiskt som emotionellt. Detta ligger till grund för att kunna erbjuda en god omvårdnad. Vidare menar Kim (2000) i Patient/sjuksköterskedomänen att interaktionen mellan patient och sjuksköterska kommer att påverka patientens upplevelse av omvårdnaden. Vår tolkning är således att IVA-sjuksköterskan måste ha en god förståelse för den påverkan den högteknologiska vårdmiljön påverkar patienten för att kunna arbeta personcentrerat.

Hinder för genomförande av personcentrerad vård

Vikten av att tillgodose patientens individuella omvårdnadsbehov, både personliga och medicinska berördes av informanterna. Vi märkte hos informanterna en sammanblandning av begrepp, där medicin vid tillfällena tolkades och innefattades i omvårdnad, vilket enligt Ekman et al. (2011) resulterar i att patienten reduceras till sin sjukdom, istället för det subjekt med förmågor, planer och rättigheter som hen har. Sammanblandningen av medicin och omvårdnad beskrivs även vara orsakad av att personcentrerad vård definieras på olika sätt och således kunnat misstolkas som personcentrerad medicin vilken, liksom personcentrerad vård utgår från patientens unika och individuella behov, men ur ett medicinskt perspektiv (El-Alti et al., 2019).

Den definition vi valt att utgå ifrån i denna studie, är hämtad ur *Kompetensbeskrivning för Intensivvårdssjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Varför valet föll på nyss nämnda definition, är dels relaterat till att den återfinns i den skrift som avser att beskriva hela IVA-sjuksköterskans roll, men också för dess enkelhet.

“Personcentrerad vård kan beskrivas som en vård som strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov...., samt att arbeta utifrån denna tolkning för att främja hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder för just denna enskilda person”

(Svensk sjuksköterskeförening, 2020, s.7)

I en studie av Morgan och Yoder (2012) beskrivs hur flertalet definitioner av personcentrerad vård inte fullt ut lever upp till begreppet i sin helhet. De belyser även vikten av ett holistiskt synsätt för att kunna arbeta personcentrerat. En enkel sökning på “Personcentrerad vård Svensk sjuksköterskeförening” visade att definitionen för personcentrerad vård skiljer sig åt även mellan olika specialistutbildningar för sjuksköterskor. Att det föreligger svårigheter och hinder för att arbeta personcentrerat finner vi föga anmärkningsvärt, inte minst då Svensk sjuksköterskeförening, som är den organisation som publicerar kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor samt de olika specialistkompetenserna, inte själva kan enas om en definition.

Även om möjligheterna till personcentrerad vård, av informanterna, ansågs vara större inom intensivvården, fanns begränsningar av såväl fysisk som medicinsk karaktär. Patienten kunde vara uppkopplad mot en dialysmaskin, vilken omöjliggjorde vissa förflyttningar. Många patienter inom intensivvården sviktar i vitala funktioner, varvid den medicinska behandlingen kan komma i konflikt med personliga önskemål. En i intervjuerna inte påtalad aspekt, är IVA-sjuksköterskans vilja eller ovilja att inkludera patienten i olika omvårdnadsåtgärder (Schandl et al. 2017). Huruvida frånvaron av personcentrerad vård är medveten eller omedveten återges också av Ekman et al. (2011), där de menar att sjuksköterskor tror sig i huvudsak arbeta personcentrerat och ofta har intentionen för detsamma, medan det i realiteten är påtagligt hur ofta den personcentrerade vården lyser med sin frånvaro.

Edvardsson (2010) belyser hur det akuta mötet med patienten kan distansera sjuksköterskan från den personcentrerade vården, vilket också återgavs av de IVA-sjuksköterskor vi intervjuade.

I akuta situationer behövs det ofta fler händer, varför mer personal rör sig kring och vid patienten. I dessa situationer fördes inte sällan samtal över patientens huvud, stundtals under högljudda former. Informanterna menade då att den personcentrerade vården fick stå tillbaka för medicinsk behandling.

Edvardsson påvisar hur utmaningen i situationer som föregående ligger hos sjuksköterskan, i att skapa förtroende/partnerskap under en kort tid, där Aagaard (2017) finner förtroendet vara basen på vilket den fortsatta relationen vilar.

Informanter återgav hur en naturlig dygnsrytm var eftersträvansvärd, genom att undvika onödig stimuli med larm och högljudd personal. Tillika kunde det personnära omvårdnadsarbetet planeras till att genomföras under en tidsperiod, då även vila kunde planeras in. Sun et al. (2021) påvisar i sin studie hur sambandet mellan frånvaro av REM-sömn och förändrade melatonin- och kortisolnivåer, medförde en signifikant ökad risk för IVA-delirium.

Teamarbetets och organisationens betydelse för den personcentrerade vården

I resultatet framkom hur samarbetet mellan intensivvårdens olika yrkeskategorier var nödvändig för att kunna inhämta tillräckligt med information om patienten i strävan att arbeta personcentrerat. Bokhour et al. (2018) belyser i en intervjustudie vikten av att all personal strävar mot samma mål för att kunna arbeta personcentrerat. Det beskrivs hur samtliga, från högsta chef till personal arbetande patientnära måste ha en positiv attityd gentemot arbetssättet och att det från chefsnivå ska ageras uppmuntrande och upplyftande i strävan mot den personcentrerade vården. Sveriges kommuner och regioner (SKR) har i sin rapport Personcentrerad vård i Sverige (2021) genomfört en kartläggning som visar att utvecklingen av sjukvården mot att bli mer personcentrerad, genererar en för samhället mer jämlik och kostnadseffektiv vård genom att det sker en höjning av kvaliteten för både patient och personal. SKR (2021) belyser även vikten av en nationell, enhetlig definition av begreppet Personcentrerad vård för att underlätta det fortsatta arbetet framåt.

Konklusion och implikation

Studien visar hur den personcentrerade vården utgör en central del inom intensivvården. Att den personcentrerade vården definieras olika och även förväxlas med begreppet personcentrerad medicin, bidrar till en sammanblandning som kan utgöra hinder att fullt ut arbeta personcentrerat. Hindret kan dock övervinnas med enighet kring begreppet. Vi anser att svensk sjukvård och dess intresseorganisationer bör enas om en tydlig definition av personcentrerad vård för att med stöd i den, verka för att fullt ut arbeta personcentrerat.

Inom intensivvården återfinns en mängd utmaningar och hinder för att kunna arbeta personcentrerat, bland annat då patienten är sövd eller sederad. IVA-sjuksköterskan möter även fysiska hinder i form av teknisk apparatur och monitorering, vilka vid frånvaro av den personcentrerade vården blir hinder för henne att nå personen.

Anhöriga kom genomgående att nämnas som en för personen som intensivvårdas viktig resurs. Det förvånar oss inte, utan stärker oss snarare i vår uppfattning att inkludera dem i än större omfattning, till både patientens och IVA-sjuksköterskans fördel när det gäller att arbeta personcentrerat.

Vid sidan av de utmaningar och den oklara definition av personcentrerad vård som föreligger, bedöms intensivvården hysa goda förutsättningar för personcentrerad vård relaterat till den, i jämförelse med allmänna vårdavdelningar, höga personaltätheten.

I föreliggande studie har vi försökt belysa några av de utmaningar intensivvårdssjuksköterskan ställs inför i arbetet med personcentrerad vård. Vi när en förhoppning om att uppmärksamma ämnet och skapa en nyfikenhet i flera led, för att därmed kunna implementera den personcentrerade vården genom kunskap och utbildning inom vår specialitet.

Referenser

Aagaard, K., Laursen, B. S., Rasmussen, B. S., & Sørensen, E. E. (2017). Interaction Between Nurse Anesthetists and Patients in a Highly Technological Environment. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 32(5), 453–463. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.02.010>

Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical care*, 49(12), 1047–1053. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>

Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2007). Of vigilance and invisibility--being a patient in technologically intense environments. *Nursing in critical care*, 12(3), 151–158. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00216.x>

Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2008). Caught in an artificial split: A phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment. *Intensive and Critical Care Nursing*. (24). s.130-136. Elsevier. DOI:10.1016/j.iccn.2007.08.003

Andrade C. (2021). The Inconvenient Truth About Convenience and Purposive Samples. *Indian journal of psychological medicine*, 43(1), 86–88. <https://doi.org/10.1177/0253717620977000>

Bokhour, B. G., Fix, G. M., Mueller, N. M., Barker, A. M., Lavela, S. L., Hill, J. N., Solomon, J. L., & Lukas, C. V. (2018). How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC health services research*, 18(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2949-5>

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*. (11). s.461-466. Longman Group UK.

Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*. (16). s.278-281. Pearson Professional Ltd.

Burnard, P. (2004). Writing a qualitative research report. *Nurse Education Today*. (24). s.174-179. Elsevier.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Dean, B. (1998). Reflections on technology: increasing the science but diminishing the art of nursing? *Accident and Emergency Nursing*. (6). s200-206.

Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, IL., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, LE., Rosén, H., Rydmark, M. & Sunnerhagen, KS. (2011) Person-centered care--ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. (4) s.248-251. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008. Epub 2011 Jul 20. PMID: 21764386.

El-Alti, L., Sandman, L., & Munthe, C. (2019). Person Centered Care and Personalized Medicine: Irreconcilable Opposites or Potential Companions?. *Health care analysis : HCA : journal of health philosophy and policy*, 27(1), 45–59.
<https://doi.org/10.1007/s10728-017-0347-5>

Frank, O. (2014) Løgstrup, värdegrundspedagogerna och det etiska kravet: en kritisk ansats. *Prismet. Årgång 65, hefte 3*. s.159-172. IKO-Förlaget. ISSN: 0032–8847

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (Upplaga 2:1, s. 111-120). Lund: Studentlitteratur AB.

Holme, IM & Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik: Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hällgren Graneheim, U & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures, and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Hällgren Graneheim, U & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Hämtad 2022-05-07 från <https://canvas.gu.se/courses/38406/files/2834329>

Hällgren Graneheim, U., Lindgren, B.M. & Lundman B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. doi: 10.1016/j.nedt.2017.06.002

Kang, J., Lee, M., Cho, Y. S., Jeong, J. H., Choi, S. A., & Hong, J. (2021). The relationship between person-centered care and the intensive care unit experience of critically ill patients: A multicentre cross-sectional survey. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, S1036-7314(21)00168-5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.10.010>

Kim, H. S. (2000). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. (2: nd edition). Springer Publishing Company, Inc.

Kristoffersen M. (2019). Problematizing Boundaries of Care Responsibility in Caring Relationships. *SAGE open nursing*, 5, 2377960818808692. <https://doi.org/10.1177/2377960818808692>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3 uppl.) Studentlitteratur.

Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (SFS 2018:218). Justitiedepartementet. <https://lagen.nu/2018:218>

Larsson, A. & Rubertsson, S. (2016) *Intensivvård*. (2 uppl.). Liber.

Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 30(1), 6–15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412189>

Olding, M., McMillan, S. E., Reeves, S., Schmitt, M. H., Puntillo, K., & Kitto, S. (2016). Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 19(6), 1183–1202. <https://doi.org/10.1111/hex.12402>

Patz S. (2014). Holistic assessment person-centered care. *Beginnings (American Holistic Nurses' Association)*, 34(1), 10–22.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research*. (8:th edition). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken -Etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur.

Schandl, A., Falk, A. C., & Frank, C. (2017). Patient participation in the intensive care unit. *Intensive & critical care nursing*, 42, 105–109. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.006>

Sun, T., Sun, Y., Huang, X., Liu, J., Yang, J., Zhang, K., Kong, G., Han, F., Hao, D., & Wang, X. (2021). Sleep and circadian rhythm disturbances in intensive care unit (ICU)-acquired delirium: a case-control study. *The Journal of international medical research*, 49(3), 300060521990502. <https://doi.org/10.1177/0300060521990502>

Sundet, R., Kim, H. S., Karlsson, B. E., Borg, M., Sælør, K. T., & Ness, O. (2020). A heuristic model for collaborative practice-part 2: development of the collaborative, dialogue-based clinical practice model for community mental health and substance abuse care. *International journal of mental health systems*, 14, 43. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00377-4>

Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet & Dietisternas Riksförbund. (2019). *Personcentrerad vård -en kärnkompetens för god och säker vård*. [Broschyr]. ISBN-NR: 917536.

Svensk sjuksköterskeförening. (2020). Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård -Kompetensbeskrivning avancerad nivå- Specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård. [Broschyr]. ISBN-NR: 978-91-519-2956-9

Sveriges kommuner och regioner. (2021). *Personcentrerad vård i Sverige*. ISBN-NR 978-91-7585-631-5
<https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef3837a/1642162020005/7585-631-5.pdf>

Sviland, R., Martinsen, K. & Nicholls, D. (2020). Løgstrup's thinking: a contribution to ethics in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*. DOI: 10.1080/09593985.2020.1741051

Thorén- Jönsson, A-L. (2017). Grounded Theory. Høglund Nielsen, B. & Granskär, M (Red.), Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur AB.

Tunlind, A., Granström, J. & Engström, Å. (2015). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*. (31). s.116-123. Elsevier. DOI:10.1016/j.iccn.2014.07.005

Uhrenfeldt, L., Elgaard Sørensen, E., Bøgh Bahnsen., I & Ulrich Pedersen, P. (2018). The centrality of the nurse–patient relationship: A Scandinavian perspective. *Journal of Clinical Nursing*. (27) 15-16. s.3197-3204. DOI: 10.1111/jocn.14381.

Vårdhandboken. (9 Januari 2020). *Personcentrerad vård*.
<https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-var-d>

Wikström, A-C & Sätterlund Larsson, U. (2004). Technology – an actor in the ICU: a study in workplace research tradition. *Journal of Clinical Nursing*. (13). s.555–561. Blackwell Publishing Ltd.

INTERVJUGUIDE

- Fråga om samtycke till att delta i studien
- Hur skulle du vilja beskriva att ni arbetar utifrån personcentrerad vård?
- Vad skulle du utifrån din profession vilja lyfta som goda omvårdnadshandlingar?
- Vilka faktorer/situationer i vårdmiljön, hindrar dig att ge personcentrerad vård, och i så fall vilka?
- På vilket sätt kan tekniken hjälpa eller vara till ett hinder i den personcentrerade vården?
- Utifrån vad vi pratat om idag, finns det något Du skulle vilja tillägga angående personcentrerad vård i en så högteknologisk vårdmiljö som intensivvården är?

INFORMATIONSBREV TILL VERKSAMHETSCHEF/ENHETSCHEF

Datum:

Till Helen Berthelsson och Patrik Olsson

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien:

Intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att arbeta personcentrerat i en högteknologisk miljö

Vårdmiljön inom intensivvården är högteknologisk och utmanande på flera sätt, med kritiskt sjuka patienter som kräver kontinuerlig övervakning och har ett uttalat behov av medicinsk vård. Strävan inom sjukvården idag går mot en personcentrerad vård, där personen bakom diagnos/er, sjukdom och övervakning är i fokus. Vi vill undersöka om och vilka hinder intensivvårdssjuksköterskan upplever, för att bedriva personcentrerad omvårdnad i denna högteknologiska vårdmiljö.

Arbetet görs med intervjuer, innehållande semistrukturerade frågor. Beroende på intervjumaterialets omfattning, önskas 8–14 deltagare inkluderas. Urvalskriterierna är att informanterna ska vara legitimerad sjuksköterska med specialistutbildning inom intensivvård och yrkesverksam vid intensivvårdsavdelningen på Centralsjukhuset Kristianstad, sedan minst ett år tillbaka. Intervjuerna kommer förslagsvis utföras på informanternas arbetsplats eller annan, av informanten önskad lokal. Vi kommer följa gällande Covid-19 restriktioner, varför om så krävs, intervjuerna genomförs digitalt via Zoom eller motsvarande.

Insamlat material handhas konfidentiellt och enligt gällande bestämmelser enligt GDPR (2018).

Informationsbrev kommer efter godkännande från VEN att skickas ut till enhetschefen för IVA Centralsjukhuset Kristianstad, vilken därefter utser lämpliga informanter. Dessa kontaktas därefter brevlades av författarna.

Frivilligt deltagande råder och detta kommer betonas i såväl skrift som muntligt.

Informanterna kan när som helst avbryta sitt deltagande.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Insamlat material kommer förvaras oåtkomligt för obehöriga i säkerhetsskåp och efter examination kommer dess data destrueras.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård. Har Du frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Informationsbrev till Informanter

Intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att arbeta personcentrerat i en högteknologisk vårdmiljö

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie, där Helen Bethelsson givit sin tillåtelse att lämna ut dina kontaktuppgifter till oss.

Vårdmiljön inom intensivvården är högteknologisk och utmanande på flera sätt, med kritiskt sjuka patienter som kräver kontinuerlig övervakning och har ett uttalat behov av medicinsk vård. Strävan inom sjukvården idag går mot en personcentrerad vård, där personen bakom diagnos/er, sjukdom och övervakning är i fokus. Vi vill undersöka om och vilka hinder intensivvårdssjuksköterskan upplever, för att bedriva personcentrerad omvårdnad i denna högteknologiska vårdmiljö

Vi skulle vilja göra en intervju med Dig.

Intervjun beräknas ta cirka 30-60 min och genomförs av Sebastian Butfors eller Joakim Jöniger. Vi erbjuder plats för intervjun, inom Anestesi- och Sjukvårdskliniken lokaler på CSK, alternativt att Du själv föreslår en lämplig plats. Naturligtvis följer vi vid tillfället, gällande föreskrifter från Folkhälsomyndigheten, gällande Covid-19.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst.

Deltagandet är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att Du behöver ange varför.

Den information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och skicka tillbaka den i bifogat svarskuvert senast 22-02-11.

Transkriptioner (utskrivet material) kommer förvaras inlåst i säkerhetsskåp, vilket tillsammans med inspelat material kommer förstöras efter godkänd examination.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om *Intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att arbeta personcentrerat i en högteknologisk vårdmiljö*.

Jag har också tagit del av informationen gällande frivilligt deltagande och är medveten om att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift av studiedeltagare

Ort, datum

Underskrift

Telefonnummer

