



**SAHLGRENKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÄRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **PATIENTERS ERFARENHETER AV FÖRFLYTTNING FRÅN INTENSIVVÅRDSAVDELNING TILL VÅRDAVDELNING**

**– En metasyntes**

**Alexandra Halldin och Emma Jansson**

---

Examensarbete:	15 hp
Program/kurs:	Specialistsjuksköterskeprogramet med inriktning mot intensivvård, 60 hp. Examensarbete för magister i omvårdnad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2015
Handledare:	Lotta Johansson
Examinator:	Axel Wolf

## Abstract

Titel:	Patienters erfarenheter av förflyttning från IVA till vårdavdelning
Examensarbete:	15 hp
Program/kurs:	Specialistsjuksköterskeprogramet med inriktning mot intensivvård, 60hp. Examensarbete för magister i omvårdnad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2015
Handledare:	Lotta Johansson
Examinator:	Axel Wolf
Nyckelord:	Patient, experience, transfer, transition, intensive care, intensive care units, general ward, qualitative study, metasynthesis

---

**Bakgrund:** Under 2014 vårdades ca 35 000 människor på intensivvårdsavdelningar (IVA) i Sverige. Efter en vårdtid på IVA sker vanligtvis fortsatt vård på en vårdavdelning. För patienten innebär det att gå från en väl bemannad, kontrollerad och högteknologisk miljö till en framför allt mindre bemannad och inte lika övervakad vårdmiljö. Förändringen innebär en slags transition för patienten, d.v.s. en övergång från ett tillstånd till ett annat, som kräver både förändring och anpassning.

**Syfte:** Att genom en metasyntes belysa patienters erfarenheter av att förflyttas från IVA till vårdavdelning för fortsatt vård.

**Metod:** Metasyntes av nio inkluderade artiklar.

**Resultat:** I resultatet framkom fyra olika teman; *Inverkan på essentiella behov, Psykisk nedsatthet, Delaktighet i den nya livsituationen* och *Framtidstro*.

**Slutsats:** Det är en omställning att lämna den högteknologiska, kontrollerande och personaltäta miljön på IVA mot miljön på en vårdavdelning. Utskrivningen från IVA behöver planeras bättre och påbörjas tidigare under vårdtillfället. På avdelningarna saknas det kunskap om hur det är att ha vårdats på IVA.

## Abstract

Title: Patients experiences of a transfer from ICU to a general ward  
Essay: 15 hp  
Program/course: Critical care program, 60hp. Essay  
Level: Advanced  
Term/year: Spring, 2015  
Tutor: Lotta Johansson  
Examiner: Axel Wolf

Keywords: Patient, experience, transfer, transition, intensive care, intensive care units, general ward, qualitative study and metasynthesis

---

**Background:** In 2014 about 35 000 people were nursed in an intensive care unit (ICU) in Sweden. After a stay in the ICU the care is usually continued on a ward. For the patient it's a change to move from a well- manned, controlled, high-tech environment to a particularly small manned and not as supervised care environment. The change means a kind of transition for the patient, a transition from one state to another, which requires both change and adaptation.

**Aim:** Through a metasynthesis highlighting the experiences of patients to be moved from the ICU to the ward for further treatment.

**Method:** Metasynthesis of nine included articles.

**Results:** The result showed four different themes; *Impact on essential needs, Reduced mental health, Participation in the new situation of life* and *Belief in the future*.

**Conclusion:** There is an adjustment to leave the high-tech, controlling and personnel frequent environment at IVA to the environment on a ward. Discharge from ICU needs to be better planned and initiated earlier during the care episode. The departments lack the knowledge of how it is to be admitted to ICU.

## **Förord**

Tack till Lotta Johansson för god handledning och ett gott engagemang under arbetets utformande. Vi vill även tacka nära och kära för ert stöd och tålamod under hela vår utbildning.

Göteborg, maj 2015

Alexandra Halldin och Emma Jansson

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	2
Skillnader i vårdnivåer.....	2
Intensivvård.....	2
Vårdavdelning .....	3
Tidigare forskning .....	3
Teoretisk referensram .....	5
Transition .....	5
Problemformulering.....	7
Syfte.....	7
Metod .....	8
Datainsamling .....	8
Urval av litteratur .....	8
Inklusions- och exklusionskriterier .....	9
Datanalys.....	10
Etiska överväganden .....	12
Resultat.....	13
Inverkan på essentiella behov .....	13
Psyisk nedsatthet .....	15
Delaktighet i den nya livssituationen .....	16
Framtidstro .....	17
Sammanfattning .....	18
Diskussion .....	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion .....	22
Slutsatser och kliniska implikationer .....	29
Referenslista .....	30
BILAGA 1,	
BILAGA 2	
BILAGA 3	
BILAGA 4	

# Inledning

På en intensivvårdsavdelning (IVA) vårdas kritiskt sjuka människor som är beroende av livsuppehållande behandling. Under 2014 registrerades totalt 43 785 vårdtillfällen på svenska IVA, varav 35 576 personer vårdades på IVA. Den genomsnittliga vårdtiden på IVA är ca 2,7 dygn, men det är inte heller ovanligt med längre vårdtider (Svenska Intensivvårdsregistret, 2015a). När behovet av intensivvård inte längre finns sker vanligtvis en förflyttning till en vårdavdelning. För patienten innebär det att gå från en välbemannad, kontrollerad och högteknologisk miljö till en framför allt mindre bemannad och inte lika övervakad vårdmiljö. Förflyttningen innebär en slags transition för patienten, d.v.s. en övergång från ett tillstånd till ett annat, som kräver både förändring och anpassning (Kralik, Visentin, & van Loon, 2006). Det finns skillnader i att vårdas på IVA och vårdavdelning, skillnader som beror på olika vårdnivåer och olika vårdmiljöer men även på olika kompetenser och fokus hos specialistsjuksköterskor inom intensivvård respektive grundutbildade sjuksköterskor på vårdavdelning. Tidigare forskning uppmärksammar ett existerande glapp mellan IVA och vårdavdelning som behöver förbättras (Häggström, 2012). Syftet med det här arbetet är att genom en metasyntes belysa patienters erfarenheter av att förflyttas från IVA till vårdavdelning för fortsatt vård.

# Bakgrund

## Skillnader i vårdnivåer

### **Intensivvård**

Intensivvård är en vårdnivå som för patienten innebär avancerad kontinuerlig övervakning och behandling vid hotande eller påtaglig svikt i vitala funktioner (Svenska Intensivvårdsregistret, 2015c). Vården är huvudsakligen utformad för att rädda livet på kritiskt sjuka människor som är beroende av livsuppehållande behandling, eller som befinner sig i riskzonen för livshotande tillstånd och behöver konstant övervakning (McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell, & Hudson, 2002). På IVA övervakas patienter som är i behov av noggrannare övervakning än vad en vårdavdelning har tillgång till (Svenska Intensivvårdsregistret, 2015c).

Intensivvård är en av de mest resurskrävande formerna av sjukvård med hög personaltäthet, vilket är en förutsättning för att kunna bedriva högteknologisk vård. Enligt Boyko, Ording, och Jennum (2012) är intensivvård kostsamt att bedriva. Observation av patientens vitala parametrar har högsta prioritet, vilket kräver ständigt närvarande personal (Olausson, 2014). På avdelningen jobbar ett team av specialistutbildade läkare, sjuksköterskor med specialistutbildning inom intensivvård och undersköterskor som ansvarar för patienten. För sjuksköterskor som arbetar på IVA är det ett grundkrav att ha en vidareutbildning med specialistkompetens i intensivvård. En sjuksköterska och undersköterska ansvarar för en till två patienter (Larsson & Rubertsson, 2012).

Patienten vårdas vanligtvis på två eller flerbäddsrum och är kontinuerligt övervakad dygnet runt. De flesta IVA har mellan sex till tolv vårdplatser men varierar i storlek (Olausson, 2014). Vårdas på IVA innebär för patienten att vara uppkopplad till flertalet apparater samtidigt som exempelvis infusionspumpar, övervakningsutrustning och ventilator. Miljön består vanligtvis av skarp belysning och apparater som larmar. Undersökningar och omvårdnadsåtgärder sker oavbrutet av ständigt närvarande personal (Svenska Intensivvårdsregistret, 2015c). Intensivvårdsmiljön beskrivs som en livlig miljö där patienter utsätts för en rad olika störningar såsom höga ljudnivå, buller och starka ljus, undersökningar och behandlingar som t.ex. ventilatorbehandling, medicinering och sjukdomen i sig själv

(Boyko et al., 2012). Intensivvårdsrummet innehåller en stor mängd teknisk apparatur vilket gör att rummen ofta är trånga och består av liten arbetsyta (Olausson, 2014).

## **Vårdavdelning**

En vårdavdelning som patienten vanligtvis förflyttas till efter vårdtiden på IVA kan ha olika medicinska och kirurgiska inriktningar. Det som främst uttrycker den stora skillnaden mellan IVA och vårdavdelning är personaltätheten, tillgången på övervakningsutrustning samt utbildningsnivå. De flesta patienterna är uppegående och lokalerna och miljön är utformades efter deras behov. Avdelning kan vara uppbyggd på olika sätt men flera patienter vårdas vanligtvis på samma sal eller på enkelrum och det finns inte möjlighet för personal att vara närvarande i salen hela tiden. Övervakning på en allmän avdelning varierar och den sker inte kontinuerligt, utan då det finns ett behov (Häggström, 2012).

Arbetsättet varierar men det är vanligt med parvård, där en sjuksköterska tillsammans med en undersköterska under ett arbetspass ansvarar för mellan fem till tio patienter. På kvällar och helger är oftast bemanningen lägre. En sjuksköterska som arbetar på vårdavdelning är oftast grundutbildad (Socialstyrelsen, 1997). För att bli legitimerad sjuksköterska krävs en treårig universitets-/högskoleutbildningen som leder till en yrkesexamen samt en kandidatexamen, som nu mer ofta ingår i sjuksköterskeexamen (Socialstyrelsen, 2005b).

## **Tidigare forskning**

I det här stycket presenteras tidigare forskning om patienters erfarenheter av olika former av transitioner i vården. Transition innebär en övergång från ett tillstånd till ett annat, som kräver både förändring och anpassning (Kralik et al., 2006). I följande text beskrivs övergångar som innebär att byta vårdnivå, att överleva livshotande sjukdom och förflyttningar mellan olika sjukhus.

I tidigare forskning om patientupplevelser och förflyttning nämns vård av ungdomar och unga vuxna i deras övergång mellan barnsjukvård och vuxenvård. I en metasyntes om unga vuxna med olika diagnoser av kroniska sjukdomar och deras upplevelser av förflyttning mellan barn- och vuxensjukvård, framkom att det är ett naturligt steg i rätt riktning. För ungdomarna



innebar det att bli mer självständiga och ta mer ansvar för sin vård. Det innebar också att lämna en vård som de väl kände till för en kommande vård som de inte visste så mycket om. Flera av ungdomarna lämnade relationer med läkare och sjuksköterskor som de haft sedan småbarnsåren och de skapade en oro och otrygghet inför övergången. Det framkom även att de kände sig oförberedda på övergången och önskade mer hjälp och support. De noterade även att det var stor skillnad mellan vårdnivåerna och det gav en känsla av att inte tillhöra någonstans (Fegran, Hall, Uhrenfeldt, Aagaard, & Ludvigsen, 2014).

Vård som övergår från att vara kurativ och livsuppehållande till palliativ innebär också en slags transition och förflyttning för patienter. Övergången från att erhålla kurativvård till palliativvård beskrivs i en Australiensisk studie. I studien intervjuades 40 patienter i sina sista veckor i livet om hur deras upplevelser var i den komplexa övergången mellan kurativ och palliativ vård. För patienterna innebar det ett motstånd och en strävan i att inte låta vården övergå till palliativ. De hade rädslor för den palliativa vården och ville hålla kvar vid den kurativa. Det skapade nya relationer med tidigare behandlande läkare och sjuksköterskor och de upplevde sig inte förstådda i sina blandade och motsträviga känslor. För patienterna innebar den palliativa vården på ett sätt att ge upp och de kände sig inte redo för att göra det ännu. Patienterna upplevde att förflyttningen, trots försök från läkare och sjuksköterskor i att hjälpa dem att göra övergången så bra som möjligt, skapade ångest över vad de lämnade bakom sig och de hade frågor om hur framtiden skulle bli. I resultaten framkommer även patienters behov av ett väl fungerande nätverk kring sig bestående av anhöriga och sjukvårdspersonal (MacArtney, Broom, Kirby, Good, Wootton, Yates, & Adams, 2015).

En annan kvalitativ studie har undersökt afroamerikanska kvinnors transition i att överleva bröstcancer. I resultatet framkom att deras erfarenhet av transition innebar en tid av stress och frågor, trots att det var en positiv händelse att överleva cancer. Transitionen speglades av patienternas sätt att bemästra situationen. Stöd från andra som överlevt cancer var ett sätt att lättare klara av övergången (Mollica & Nemeth, 2015).

Ytterligare forskning i ämnet belyser patienters upplevelser av förflyttningar mellan olika sjukhus som t.ex. patienter som lämnar sitt hemsjukhus för ett större sjukhus. I resultatet framkom att patienterna kände sig hemma på sitt lokala sjukhus. På det mottagande sjukhuset kände de sig oviktiga och inte uppmärksammade och de fick inte den information de eftersökte. Det gav patienterna en känsla av att lämna något de känner till för något obekant.

Framför allt upplevdes de vara en del i ett system som inte gick att påverka. Förflyttningarna skedde för att de var tvungna till det, då alla undersökningar och behandlingar inte kunde utföras på hemsjukhuset (Uhrenfeldt et al., 2013).

Transitionbegreppet kan även relateras till patienter som förflyttas från IVA till vårdavdelning. För patienter som vårdats på IVA innebär en förflyttning bl.a. att byta vårdnivå. En övergång från livsupphållande vård till en efterföljande vårdtid med fokus på återhämtning och rehabilitering. Patienter som vårdats på IVA har ofta varit med om något traumatiskt eller livshotande. Tiden efter en vårdtid på IVA präglas ofta av fysiska och psykiska besvär. Exempelvis förlorar kroppen fort muskelmassa, vilket kräver träning och rehabilitering. Minnesförluster, fatigue och känslomässig påverkan är inte ovanligt som bl.a. beror på läkemedel och den stressade situation individen befinner sig i (Svenska Intensivvårdsregistret, 2015b). För att underlätta övergången mellan IVA och vårdavdelning finns t.ex. liaison nurse och step-down avdelningar beskrivna i tidigare forskning. Liaison nurse är en slags sambandssjuksköterska som fungerar som en konsultfunktion och hjälper patienter med uppföljning och stöd på vårdavdelning (Green & Edmonds, 2004). Step-down avdelningar fungerar som ett slags mellanting mellan IVA och vårdavdelning och syftar till att minska steget mellan de olika vårdnivåerna (Prin & Wunsch, 2014).

## Teoretisk referensram

### **Transition**

Transition härstammar från latin och betyder övergång. Termen transition kan beskrivas som förändring, från ett tillstånd till ett annat (Kralik et al., 2006). En förändring i en persons sociala status, som kan vara utvecklingsrelaterad, situationsrelaterad eller hälso- och sjukdomsrelaterad. Exempel på sådana förändringar kan vara övergången från barn till vuxen, en skilsmässa eller övergången från frisk till sjuk (Friberg, Öhlén, Edberg, & Castoriano, 2009). Transition innefattas inte bara utav förändring utan inkluderar även människors psykologiska reaktioner i anpassningen till det nya (Kralik et al., 2006). I den här metasyntesen studeras den svårt sjuke patientens förflyttning från IVA till vårdavdelning.

Transition är ett begrepp av central betydelse för omvårdnad (Kralik et al., 2006). I omvårdnadsforskning används transitionsbegreppet för att illustrera olika övergångar under människans livscykel. Med livscykel menas den utveckling och de förändringar människor erfar, från det att de föds till det att de dör (Friberg et al., 2009). Transition kan beskrivas som en process som uppstår när livets omständigheter eller förhållanden förändras, d.v.s. när en människas tidigare verklighet förändras och resulterar i ett behov av att skapa en ny verklighet. Övergången innebär förändring och anpassning. En del av sjuksköterskans omvårdnadsarbete är att hjälpa och stödja patienter igenom övergångar som sjukdom. Att förstå transitionsprocessen, för att kunna hjälpa människor att anpassa sig till den nya situationen, anses vara viktigt kunskap hos vårdpersonal. Sjuksköterskor kan hjälpa patienter att identifiera förändringar relaterade till sjukdom och hitta nya möjligheter (Kralik et al., 2006). Chaboyer, James, och Kendall (2005) beskriver att transition från IVA innefattas av vård före under och efter förflyttning av en patient till en annan vårdenhet. Omvårdnaden ska säkerställa minimala störningar och ge en optimal kontinuitet. Vården kan ges av sjuksköterskor på IVA och vårdavdelning, läkare och annan berörd vårdpersonal.

Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, och Schumacher (2000) menar att ett förändrat hälsostatus hos en individ skapar en process av transition och att personer som befinner sig i transition tenderar att vara mer sårbara för risker som kan påverka deras hälsa. Ett förändrat hälsostatuset kan leda till ohälsa för patienten. Genom att förstå transitionsprocessen kan dessa risker upptäckas. Sjuksköterskor träffar dagligen patienter och anhöriga som genomgår transition. De olika typerna av övergångar som sjuksköterskor möter i sitt arbete har identifierats som utvecklingsrelaterade, hälso- och sjukdomsrelaterade, situationsanpassade och organisatoriska. Transition innebär förändringar i det dagliga livet för patienter och anhöriga. Det är ofta sjuksköterskor som förbereder patienten för kommande övergångar och underlättar inlärningsprocessen relaterat till patientens förändrade hälsostatus. Exempel på transitioner som kan göra patienter sårbara är sjukdomsupplevelser, som att få en diagnos, kirurgiska ingrepp, rehabilitering och återhämtning m.m. Att förstå egenskaperna och förhållandena som ingår i transitionsprocessen kan främja hälsosamma övergångar för patienten. Alla övergångar kännetecknas av flöde och rörelse över tid. Transitioner är inte endimensionella utan kännetecknas tvärtom utav sin egen unika komplexitet och flertalet dimensioner med flytande gränser (Friberg et al., 2009; Meleis et al., 2000). Meleis et al. (2000) menar att mer forskning behövs för att utveckla mer specifika guidelines.

## Problemformulering

Idag finns forskning som belyser fysiska konsekvenser av att förflyttas från IVA till vårdavdelning. Det som saknas är en sammanfattande bild av patienternas egna erfarenheter av en förflyttning. Att närmare identifiera vad det innebär för patienter att flytta från IVA till vårdavdelning är av vikt för att få kunskap om vad förflyttningen betyder för den enskilde individen och på så sätt skapa en djupare förståelse om steget mellan IVA och vårdavdelning.

En verklig förståelse över patienters erfarenheter av en förflyttning, kan bidra till ökad kunskap hos vårdpersonal, på IVA respektive vårdavdelning, för att bemöta och stödja patientens behov. En kunskap som i sin tur kan leda till bättre omhändertagande och ökat välbefinnande för patienten. Resultatet kan användas i diskussioner på avdelningar om hur en förflyttning går till, vilka rutiner som finns och hur den ska vara så effektiv som möjligt.

## Syfte

Att genom en metasyntes belysa patienters erfarenheter av att förflyttas från IVA till vårdavdelning för fortsatt vård.

## Metod

Metasynteser är till fördel inom omvårdnad och används ofta som beslutsunderlag för klinisk verksamhet. I en metasyntes granskas kvalitativa studier systematiskt och syftar till att uppnå förståelse genom att söka kunskap om olika fenomen som upplevelser, erfarenheter och mening. En metasyntes ger en helhetssyn över ett avgränsat område, sammanställer tidigare forskningsresultat och genererar förutsättning för fortsatt forskning. Med syftet att belysa patienters erfarenheter av förflyttning från IVA till vårdavdelning är en metasyntes en fördelaktig metod (C. Forsberg & Wengström, 2013c; Webb & Roe, 2007).

I denna studie följs riktlinjerna för värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och deras systematik. Enligt SBU (2014d) börjar studien med att identifiera en forskningsfråga på ett strukturerat sätt. Sedan fastställs inklusions- och exklusionskriterier. Nästa steg är att samla in tidigare forskning utifrån inklusions- och exklusionskriterierna. Artiklarna bedöms sedan utifrån relevans för studien och dess kvalitet. Slutligen sammanställs resultatet av de inkluderade studierna. I bedömningen ingår även att bedöma grad av evidens för studierna.

## Datainsamling

### Urval av litteratur

Datainsamlingen började med en bred sökning kring det valda ämnet i databaserna PubMed och Cinahl för att få en överblick över vad som fanns tillgängligt och publicerat inom ämnet. Därefter formulerades passande sökord utifrån studiens syfte för att påbörja den systematiska sökningen. Via sökningarna framkom användbara MeSH-termer som passade till studiens syfte. MeSH-termerna användes i olika kombinationer tillsammans med andra sökord, se tabell 1 i BILAGA 1. Sökorden som använts i den systematiska sökningen var; patient, transfer, intensive care, ICU, intensive care units, patient satisfaction, general ward, experience, qualitative study och hospital units. Av dessa sökord var intensive care, intensive care units, patient satisfaction och hospital units MeSH-termer.

## **Inklusions- och exklusionskriterier**

Sökningarna avgränsades till en tidsperiod mellan år 2000 till år 2014. Ytterligare avgränsningar var; peer reviewed, adult: 19+ years och artiklar skrivna på engelska.

Totalt hittades 28 vetenskapliga artiklar utifrån abstract som uppfyllde inklusionskriterierna och som var av intresse för studien. Av dessa artiklar granskades 18 stycken i sin helhet, varav sex artiklar överensstämde med studiens syfte. Båda författarna granskade abstracten och artiklarna oberoende av varandra och diskuterade sedan tillsammans fram vilka artiklar som skulle inkluderas i studien. Tio artiklar bedömdes som inte relevanta då de var kvantitativa och även beskrev organisationen kring en förflyttning. De tolv exkluderade artiklarna som inte granskades i sin helhet var utifrån ett anhörigperspektiv, sjuksköterskeperspektiv och handlade om uppföljningen efter intensivvårdstiden. Fem artiklar hittades i databasen PubMed, där den systematiska sökningen startade. Sökningar gjordes därefter i Cinahl men flertalet av de funna artiklarna återkom i de olika sökordskombinationerna och genererade endast en artikel. Artiklar söktes även i Scopus men genererades inte några nya artiklar, den sökningen har därför valts att inte redovisas i tabell 1, BILAGA 1, där sökningarna i PubMed och Cinahl redovisas.

Kedjesökningar har gjorts genom att studera tidigare examensarbetens referenser inom liknande områden samt referenser i artiklar som hittats under de systematiska sökningarna. Vid dessa sökningar upptäcktes ytterligare tre artiklar som svarade på studiens syfte och därmed inkluderades. En av de inkluderade artiklarna var dock utanför tidsspannet men hade hög relevans för studiens syfte. Vid datainsamlingen inkluderades även en artikel som var skriven på danska, då även den var relevant för syftet. Sammanlagt inkluderades nio artiklar i studien, se Fig. 1. De valda artiklarna kvalitetsgranskades enligt SBU:s *mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik -patientupplevelser*, se tabell 2, BILAGA 2.

De artiklar som exkluderades var; review artiklar med samma syfte, artiklar skrivna på annat språk än engelska, artiklar som inte hade kvalitativ ansats och som inte svarade mot studiens syfte. Några av de inkluderade artiklarna berörde även anhöriga och tiden innan förflyttningen, de delarna i artiklarna ingår inte i resultatet.

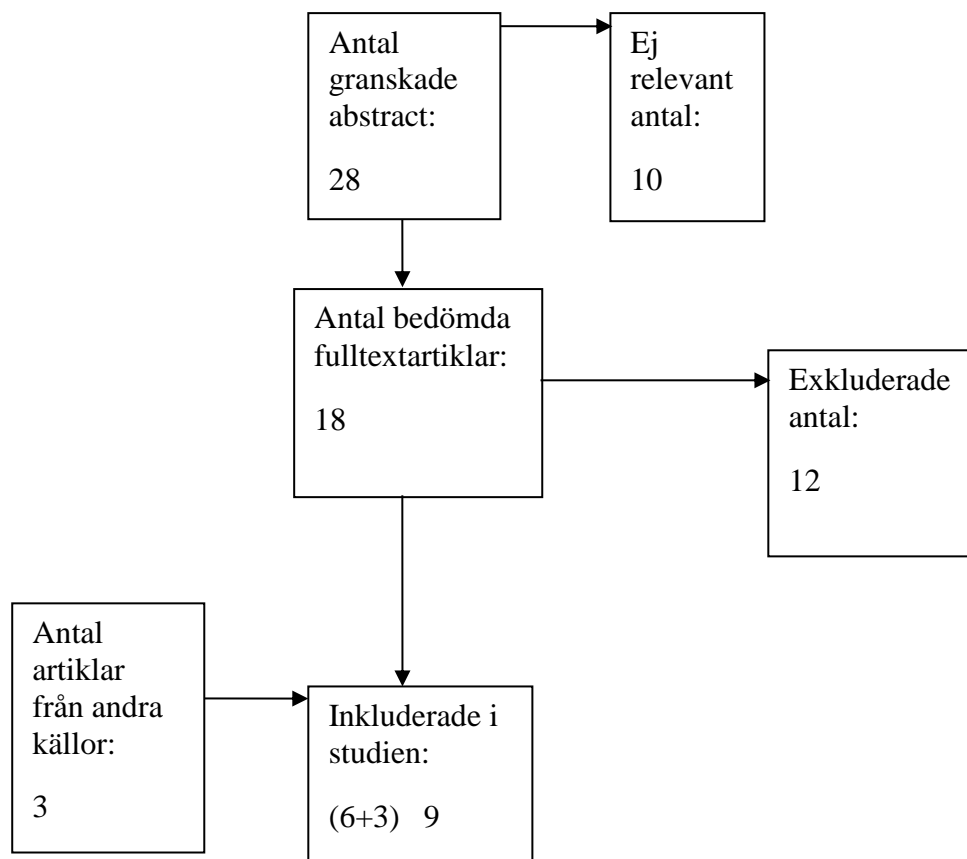


Fig. 1 Flödesschema över litteratursökning.

## Datanalys

Syntesen av de inkluderade studierna är gjord enligt SBU:s riktlinjer *Syntesprocessen för studier med kvalitativ analys* (SBU, 2014d). Innan analysen påbörjades granskade båda författarna alla artiklar och gjorde oberoende en sammanfattning av studiernas resultat.

Resultatet diskuterades tillsammans och olika nivåer på teman framkom. Syntesen görs i fyra olika steg. Första steget i analysen var att identifiera resultaten i artiklarna och citat från alla artiklar sammanställdes i form av teman. De kondenserade citaten utvecklades sedan till “första nivåns tema”, se tabell 3 (SBU, 2014d).

Tabell 3 Exempel på hur första nivåns tema "Behov av information" har uttryckts i citaten

Citat med specifik fokus	Strukturerat citat I=informanten	Kondenserat citat	Syntes av citat	Första nivåns tema
"Transfer from the ICU made me feel scared. Where am I going? Why am I going there? How will they take care of me there?"	Flytten från IVA gjorde I rädd och undrande? Vart är jag på väg? Varför ska jag dit? Hur kommer de ta hand om mig där?	I känner sig rädd och undrar hur det kommer bli efter förflyttningen.	Rädd och har frågor	Behov av information

Andra steget i processen var att utifrån första nivåns teman, gruppera liknande teman eller teman med mönster ihop till andra nivåns teman. Enligt SBU (2014d) ska sedan processen fortskrida från ett andra nivåns teman till ett tredje nivåns tema som blir ett övergripande tema. Den delen i processen utslöts, se *fig. 2 Syntesprocessen för studier med kvalitativ analys*. Avslutningsvis sammaställdes resultatet i löpande text.

Evidensen i kvalitativ studiedesign bedöms utifrån om vetenskapligt stöd föreligger eller otillräckligt stöd föreligger. Om vetenskapligt stöd föreligger kan slutsatser dras då studierna har tillräcklig kvalitet och relevans. Föreligger otillräckligt vetenskapligt stöd kan inga slutsatser dras eftersom identifierade saknar kvalitet och relevans. Inkluderade studier har blivit bedömda enligt SBU:s *kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet* och presenteras i tabell 2, BILAGA 2 (SBU, 2014d).



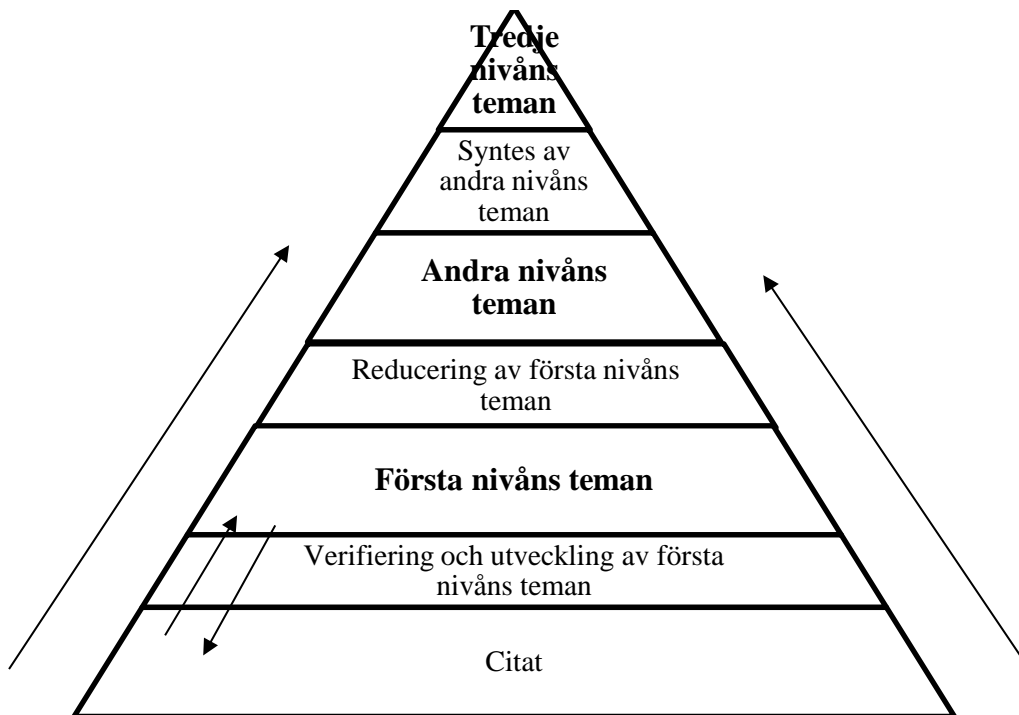


Fig. 2 Syntesprocessen för studier med kvalitativ analys (SBU, 2014d).

### Etiska överväganden

Alla artiklar som inkluderades i denna studie uppfyllde krav på de etiska principerna och åtta av nio artiklar hade fått ett tillstånd från en etisk kommitté. Den artikel som inte benämnde något om tillstånd från en etisk kommitté tolkades ändå som etisk godkänd då beskrivning fanns med om “process informerat samtycke”. Det innebar att deltagarna blev informerade om att de hade rätt att avbryta intervjun när som helst. Deltagarna informerades om sina rättigheter vid förfrågan om deltagande samt precis innan intervjustarten. Enligt Helsingforsdeklarationen ska all forskning bedrivas enligt forskningsetiska principer och de fyra allmänna huvudkraven som forskningen skall utgå ifrån är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Den här studien är en metasyntes som bygger på redan gjord forskning. Även om huvudsyftet med medicinsk forskning är att åstadkomma ny kunskap, så får det inte överträda enskilda individers rättigheter (Helsingforsdeklarationen., 2013).

## Resultat

Fjorton första nivåns teman resulterade i fyra olika andra nivåns teman, *Inverkan på essentiella behov, Psykisk nedsatthet, Delaktighet i den nya livsituationen och Framtidstro*. De fyra andra nivåns teman presenteras var för sig i löpande text (se tabell 4, BILAGA 3) och förstärks av belysande citat. I resultatet ingår nio artiklar som totalt omfattar 155 patienter. Antal patienter som ingår i respektive tema presenteras i tabell 5, BILAGA 4.

### **Inverkan på essentiella behov**

I flera av studierna framkom en skillnad i vårdnivå av att förflyttas från IVA till vårdavdelning (Field, Prinjha, & Rowan, 2008; A. Forsberg, Lindgren, & Engström, 2011). Skillnaden ledde till en inverkan på essentiella behov så som fysiska begränsningar, lång väntan på hjälp, svårigheter att äta, trötthet och svårt att sova, en annan vårdmiljö och behovet av anhöriga. IVA var en kontrollerad miljö där det fanns en sjuksköterska konstant närvarande, medan det på avdelningen var begränsade resurser (Field et al., 2008; A. Forsberg et al., 2011; Ramsay, Huby, Thompson, & Walsh, 2014; Strahan & Brown, 2005). Behovet av hjälp var fortfarande stort efter förflyttningen. I ett citat från en studie uttryckte en patient:

*Everything was done for me [in ICU] ... I found that when I went to the ward, they didn't seem to know anything about me, there were a lot of things I couldn't do - I couldn't even get out of bed. (Chaboyer, Kendall, Kendall, & Foster, 2005).*

Patienterna själva förstod ibland inte hur mycket kroppen hade påverkats fysiskt under intensivvårdsstiden och vilka begränsningar det innebar. Den fysiska svagheten var påtaglig och patienterna upplevde en enorm trötthet (Bjerregaard & Dreyer, 2014; Field et al., 2008; Strahan & Brown, 2005).

*I couldn't walk. I was very, very weak. It took me all my time to get out of bed. When I started...my legs...because I'd lost 2 and a half stone. And all my muscle was gone. (Ramsay et al., 2014).*

Det fanns en stor otrygghet i väntan på att få hjälp och framför allt att inte få veta när hjälpen skulle komma (Field et al., 2008; Leith, 1999). Det var en omställning att ha varit vårdad av en sjuksköterska till att sjuksköterskorna på avdelningen vårdade flera patienter.

Sjuksköterskorna upplevdes vara upptagna och ha mycket att göra. Patienternas erfarenheter var även att sjuksköterskorna på avdelningen inte var lika insatta i deras sjukdomshistoria (Leith, 1999; McKinney & Deeny, 2002; Ramsay et al., 2014). Sjuksköterskorna på IVA visste vad de skulle göra om någon försämrades vilket ingav en stor trygghet för patienterna (Field et al., 2008; Leith, 1999). En del patienter kände sig i vägen när det kom till avdelningen, eftersom många andra patienter också var i behov av mycket hjälp. Andra hade även svårt att göra sig hörda eller tillkalla på hjälp, exempelvis klara av att trycka på larmknappen (Leith, 1999; Odell, 2000).

*The floor nurses are swamped with so many things to do. I expected not to be helped that much now that I am on the floor but I still require some assistance. I pressed the call bell for the bedpan and had to wait over 20 minutes for them to arrive and by then I had gone in the bed. That shouldn't have to happen to a competent 40-year-old woman like myself. (Leith, 1999).*

Personalens och patientens olika förväntningar under vårdtiden på vårdavdelningen belystes i flera artiklar. Patienternas erfarenheter var att det fanns förväntningar från avdelningen att patienterna borde klara så mycket som möjligt själva (Bjerregaard & Dreyer, 2014; Field et al., 2008; Leith, 1999; Strahan & Brown, 2005). Detta till skillnad från patienterna som upplevde behovet av fortsatt hjälp och att det inte tillgodosågs på vårdavdelningen i den utsträckning som de förväntade sig (Field et al., 2008; A. Forsberg et al., 2011; Ramsay et al., 2014).

Tröttheten, sömnen och behov av sömn beskrevs återkommande i studierna. Det fanns flera orsaker till trötthet och avsaknad av sömn och dessa var av både fysisk och psykisk karaktär. En sak var svårighet att ligga bekvämt i sängen för att det gjorde ont och en annan sak var störande ljud och liv på avdelningen som påverkade sömnen. Ytterligare en faktor var problemet med att äta och tillgodogöra sig näring. En del patienter hade inte ätit något sedan en tid och besvärades av illamående och för några var det en kraftansträngning bara att lyfta ett glas vatten. Bristen på sömn och mat gjorde att patienterna hamnade i en ond cirkel.

Otillräcklig sömn eller problem med att äta gjorde dem svaga, vilket påverkade tillfrisknandet (Field et al., 2008; Leith, 1999; McKinney & Deeny, 2002; Strahan & Brown, 2005).

Skillnader i den fysiska miljön beskrevs av flera patienter. Miljön på avdelningen ansågs lugnare av flera patienter och några beskrev att det var en lättnad att bli bortkopplad från övervakningsapparaturen. Det förekom även att patienterna tyckte tvärt om. Det var främst de som inte tyckte om att vårdas på flerbäddssal som ansåg att IVA hade en lugnare miljö (Strahan & Brown, 2005). Oavsett delad erfarenheten av miljön på vårdenheter så påverkade det återhämtningen (Field et al., 2008; A. Forsberg et al., 2011).

Anhöriga framkom vara en betydande del i de essentiella behoven. Närheten till dem och den hjälp de kunde bidra med då sjuksköterskor på avdelningarna inte fanns att tillgå. Behovet av anhöriga var dels längtan till dem men även en stor trygghet. På avdelningarna upplevdes det vara friare med besökstider än på IVA (Leith, 1999; Ramsay et al., 2014).

### **Psykisk nedsatthet**

Den psykiska nedsattheten med förvirring, minnesluckor och en känsla av sårbarhet var genomgående i flera studier. En patient uttryckte:

*It's amazing. You know you're on a ward. You know you're there for a reason, but...I dunno if...well, maybe a part of me switched off. Maybe I didn't want to know...I asked, eventually, and all they said was, "you've been very unwell. (Ramsay et al., 2014).*

Flytten till avdelningen var som ett uppvaknande för vissa, andra hade fortsatta besvär av hallucinationer och mardrömmar. Uppvaknandet kunde innebära att vakna upp ur en drömvärld och komma till en ny värld som ändå inte var bekant (Bjerregaard & Dreyer, 2014; McKinney & Deeny, 2002; Ramsay et al., 2014; Strahan & Brown, 2005). Förvirringen och hallucinationerna var djupa och svåra att ta sig ur. Flera av patienterna förstod först på avdelningen att de befann sig på ett sjukhus.

Problem med minnet framkom i flera av studierna. Det var svårt att komma ihåg och veta hur länge och varför patienterna haft en vårdtid på IVA. De fick berättat för sig varför de vårdats

på IVA men det var svårt att minnas och behövde upprepas ofta (Bjerregaard & Dreyer, 2014; Odell, 2000; Strahan & Brown, 2005).

Erfarenheten av sårbarhet gjorde sig uttryckt som hjälplöshet, rädslor, oro, och ensamhet. Innan flytten till avdelning fanns framförallt en oro och rädsla för hur det skulle bli på avdelningen och om sjuksköterskorna på avdelningen hade tillräckligt med kunskap för att fortsätta vården. Ensamheten handlade om att bli lämnad ensam på ett rum med sina tankar och rädslor (Field et al., 2008; Leith, 1999; McKinney & Deeny, 2002; Strahan & Brown, 2005). Avsaknaden av den uppmärksamhet patienterna hade fått på IVA gjorde även att patienterna kändes sig oviktiga och övergivna (Chaboyer, Kendall, et al., 2005). Flera patienter beskrev erfarenheter av nedstämdhet. Inom ramen för nedstämdheten uppkom frågor som, kommer jag bli bra igen och hur lång tid tar det att tillfriskna? Patienternas erfarenhet var att sjuksköterskorna från avdelningen hade begränsad kunskap när det gällde nedstämdhet och depression och andra känslor som patienterna kunde uppleva efter att ha överlevt en kritisk sjukdom (Field et al., 2008; Odell, 2000; Strahan & Brown, 2005).

*I feel down in the dumps. I feel I'm not coming on . . . not getting better as quick as I should. (Field et al., 2008).*

### **Delaktighet i den nya livssituationen**

Behov av information och inte ha kontroll och ha kontroll påverkade delaktigheten i den nya livssituationen. Avsaknaden av förberedelser gjorde att det upplevdes abrupt att lämna IVA. Bristen på förberedelser skapade oro och en undran om vad som skulle hända och var vården skulle fortsätta (Chaboyer, Kendall, et al., 2005; Field et al., 2008; A. Forsberg et al., 2011; Odell, 2000; Strahan & Brown, 2005).

*You want them to tell you everything, every detail about where and when. I wished they had given me a lot of information about everything and told me about where I was going. (A. Forsberg et al., 2011).*

Det som framför allt saknades och efterfrågades var information om när, var och hur flytten skulle gå till. Förflyttningen blev för många patienter väldigt hastig, saker packades ihop och sedan blev de hämtade (Field et al., 2008; A. Forsberg et al., 2011; Leith, 1999). Det beskrevs

som att bli utkastad eller ivägskickad. En del uttryckte att de inte var redo och att förflyttningen gjordes för tidigt. Patienterna önskade en bättre planering kring förflyttningen. Enligt patienterna var kommunikationen bristfällig mellan de båda vårdenheterna. Erfarenheten var även att överflyttningarna var en del i ett system som inte gick att kontrollera. De patienter som i studierna hade fått information kände en delaktighet och kunde påverka och hade bara goda erfarenheter av transitionen (Bjerregaard & Dreyer, 2014; Chaboyer, Kendall, et al., 2005; A. Forsberg et al., 2011; Odell, 2000; Strahan & Brown, 2005). När patienterna fick svar på sina frågor hjälpte det dem att må bättre och det minskade oron. Delaktighet rörde även information som rörde patientens hälsotillstånd, t.ex. om hur prover såg ut och om tillfrisknandet gick i rätt riktning. I en studie hade några av patienterna pratat med sjuksköterskorna om hur det skulle vara att lämna IVA och komma till en vårdavdelning (Field et al., 2008).

Patienterna uttryckte också ett behov av information rörande kroppsliga förändringar i samband med kritisk sjukdom och intensivvård, som t.ex. att muskler försvinner. Den informationen var av vikt för att lättare acceptera situationen och förstå varför tröttheten och fysiska begränsningar fanns. Delaktighet innebar även att orka hjälpa till med den egna hygien eller att få bli insatt i sin sjukdom (Bjerregaard & Dreyer, 2014; Chaboyer, Kendall, et al., 2005; A. Forsberg et al., 2011; Leith, 1999).

*I don't know if it's something that happens...maybe varying degrees, but your body feeds off your muscles (in ICU). I just thought, "I'm not trying hard enough". Had I have had this knowledge, it would've been...easier for me to accept. (Ramsay et al., 2014).*

## **Framtidstro**

I flera studier beskrev patienter att flytten från IVA var ett steg i rätt riktning och att det ingav en tro på framtiden.

*The general feeling on the ward is 'It's good to be here'. It's a milestone on recovery. . . I have got this far and I am very glad for it. (Strahan & Brown, 2005).*

Patienterna nämnde det som en lättnad att lämna IVA och flytten blev därmed en bekräftelse på en förbättring och återhämtning (Chaboyer, Kendall, et al., 2005; Leith, 1999; Odell, 2000). I vissa studier framkom att flytten inte påverkade överhuvudtaget. Det var en del i tillfrisknandet (Chaboyer, Kendall, et al., 2005; Leith, 1999; McKinney & Deeny, 2002; Odell, 2000). Erfarenheten av förflyttningen innebar för vissa att de tog tag i sin situation och aktivt försökte arbeta för att bli bättre (Ramsay et al., 2014; Strahan & Brown, 2005). Framtidstro kunde vara att lära sig gå igen och känslan av att få tillbaka kraften i sina ben.

*I am encouraged to get up and go for a walk every hour and I am sticking to that as much as possible. . . My legs are strengthening up again. (Strahan & Brown, 2005).*

Trots att flytten från IVA upplevdes som ett steg framåt så beskrevs en bakomliggande oro hos flera patienter. Därför använde flera patienter egna strategier för att hantera den nya situationen. Strategierna kunde göra sig uttryckta som att skydda sig själv, några beskrev att de höll en fasad för att inte visa den oerhörda tröttheten (Bjerregaard & Dreyer, 2014; Odell, 2000; Ramsay et al., 2014). Det fanns en vilja att bli bättre med orken fanns inte alltid. Andra stängde av en del av sig själva som ett sätt att få kontroll. Att inte låta sig minnas vare var ytterligare en strategi för att skydda sig själv (Odell, 2000).

## **Sammanfattning**

Patienternas erfarenheter av förflyttning sammanfattas i fyra olika teman. *Inverkan på essentiella behov, Psykisk nedsatthet, Delaktighet i den nya livsituationen och Framtidstro.* Det fanns flera olika skillnader med att komma till en vårdavdelning. Överflyttningen inverkar på essentiella behov och patienterna hade erfarenheter av fysiska begränsningar, svaghet, väntan på hjälp, svårigheter med att äta, trötthet, en annan vårdmiljö och behov av anhöriga. Sjuksköterskorna upplevdes ha mycket att göra på avdelningen jämfört med IVA där det fanns en sjuksköterska i närheten hela tiden. Flytten till IVA skapade mycket oro och patienterna hade problem med minnesluckor, hallucinationer och depression och kände sig väldigt sårbara. Överflyttningen innebar mycket frågor och det fanns ett stort behov av information. Patienterna önskade framför allt att överflyttningen planerades bättre och att de

fick vara delaktiga. Flytten från IVA var för många ett steg i rätt riktning och bekräftelsen på förbättring, skapade en framtidstro.



# Diskussion

## Metoddiskussion

För att studera patienters erfarenheter av att förflyttas från IVA till vårdavdelning, valdes en metasyntes. Att göra en metasyntes ansågs relevant för syftet då kvalitativ forskningsmetod syftar till att få fram en beskrivning på hur en person upplever och erfar någonting (Polit & Beck, 2012). Nackdelen med att begränsa sig till en metasyntes, är att studier med kvantitativ data faller bort. Att inkludera även kvantitativ data hade bidragit till ett mer omfattande resultat. Kvantitativ data hade kunnat bidra med statistiska och mätbara resultat som t.ex. bedömning av kvalitet på förflyttningar.

Sökningsprocessen är avgörande för att hitta alla relevanta studier för frågeställningen. Databaserna PubMed, Cinahl och Scopus, som ansågs mest lämpade då de främst inriktar sig på omvårdnadsforskning. Sökningar gjordes i flera databaser för att öka möjligheterna för ett rikt material (C. Forsberg & Wengström, 2013b; SBU, 2014a). Sökorden formulerades för att olika kvalitativa aspekter av patienters erfarenheter av en förflyttning från IVA till vårdavdelning skulle täckas in. MeSH-termer användes i kombination med andra sökord. Vid sökning på ett visst ämne, ökar stringensen av att använda sig av MeSH-termer (Karolinska Institutet, 2015). Kedjesökningar gjordes genom att studerat tidigare examensarbetens referenser inom liknande områden samt referenser i artiklar som hittats under de systematiska sökningarna. Enligt SBU (2014a) används kompletterande metoder i arbetet för att försöka fånga alla relevanta studier. Sökningarna visade att det fanns begränsat med forskning som överensstämde med syftet. Totalt kunde nio artiklar inkluderas som stämde överens med syftet och som tillsammans omfattar 155 patienter. Enligt C. Forsberg och Wengström (2013c) finns ingen norm över hur många studier som ska ingå i en systematisk litteraturstudie, antalet styrs efter relevans för frågeställningen.

I den här metasyntesen avgränsades sökningarna till en tidsperiod mellan år 2000 till år 2014. Ytterligare avgränsningar var; peer reviewed, adult: 19+ years och artiklar skrivna på engelska. Tidsspannet sträcker sig över 14 år, vilket var ett medvetet val för att få ett innehållsrikt material. Enligt Polit och Beck (2012) ska evidensbaserad forskning inte vara mer än 10 år gammal för att anses aktuell, men då patienternas erfarenheter inte skiljde sig nämnvärt från nyare studier ansågs de relevanta för syftet. Den artikeln som var utanför

tidsspannet inkluderades då den var återkommande i flera av de andra inkluderade artiklarnas referenslistor. Det finns en medvetenhet om att tidsavgränsningen har medfört att äldre forskning som svarar på syftet troligtvis har fallit bort. I efterhand anses tidsavgränsningen inte vara nödvändig då erfarenheter är tidslösa. Att avgränsa sökningarna till att vara peer reviewed fungerade som en hjälpfunktion som innebar att sökningarna av artiklarna skedde från vetenskapliga tidskrifter. En annan avgränsning var *adult: 19+ years* som valdes för att endast vuxna skulle ingå i studien. Ytterligare en avgränsning var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, som är det officiella vetenskapliga språket. Dock inkluderades en artikel på danska då den stämde överens med syftet. Varken engelska eller danska är någon av författarnas modersmål så analysen kan ha medfört risk för misstolkningar. Vid analysering av texten upplevdes ändå en övergripande förståelse. Språkbegränsningar görs dels med hänsyn till språkkunskaper (SBU, 2014b).

När ett forskningsområde ska sammanfattas är det viktigt att materialet sammanställs på ett strukturerat och systematiskt sätt. De valda artiklarna kvalitetsgranskades enligt SBU:s mall för *kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik -patientupplevelser*. Syftet med mallen är att underlätta granskning av studiers kvalitet och relevans (SBU, 2014d). Enligt Willman et al. (2011) är det väsentligt att använda sig av ett systematiskt tillvägagångssätt för att kritiskt värdera de inkluderade studierna. Om granskningen genomförs av minst två oberoende granskare som förenar sina tolkningar, så får granskningen en större trovärdighet. I den här granskningen ingick bl.a. bedömning av syftet, urval, etiska resonemang, datainsamling, analys och resultat m.m. Grad av evidens redovisas i tabell 2, BILAGA 2. Resultatets trovärdighet bedömdes i det hela som god då alla artiklar hade en medelgod till hög kvalitet. Genom att analysera materialet var och en för sig och sedan diskutera sammanställningen tillsammans så har möjligheten för feltolkningar och förförståelse minimerats. Inför studiens start fanns en förförståelse om ett befintligt glapp i förflytningsprocessen mellan IVA och vårdavdelning, men inte vad det innebar för patienterna.

Syntesen, innebar att resultaten från studierna sammanställdes för att skapa ett nytt perspektiv och synsätt. Enligt SBU:s process med syntesens fyra olika steg, valdes det tredje steget, tredje nivåns tema att tas bort. När författarna hade sammanställt de fyra andra nivåns teman upplevdes en svårighet i att sammanställa resultatet i ett övergripande tredje nivåns tema. De fyra andra nivåns teman ansågs tillräckliga för att belysa patienters erfarenheter av

förflyttning. Examensarbetets omfång var också en bidragande faktor till att tredje nivåns tema valdes bort.

Vid framtagning av teman har en öppenhet med distans och objektivitet inför analysen eftersträvat (SBU, 2014d). Målet med metasynthesen är att ge ett starkare argument av patienters erfarenheter än vad en ensam studie kan göra. Tillförlitligheten med studien är att den följer SBU:s process i framtagning av första och andra nivåns tema.

Inom kvalitativ metodik finns en mängd olika analysmetoder och det kan diskuteras om dessa studier därmed är jämförbara. I den här metasynthesen hade de inkluderade artiklarna olika analysmetoder och olika forskningsansatser. Willman et al. (2011) beskriver att resultat från kvalitativa studier ofta redovisas utan att den specifika metoden uppges. De menar vidare att det stundtals är viktigt att vara medveten om att det finns olika metoder vid kvalitativa studier för att uppfatta varför en metod valdes framför en annan. C. Forsberg och Wengström (2013a) menar att varje metod har sitt enastående perspektiv och därför ska olika forskningsmetoder inte blandas i en metasyntes. Denna metasyntes följer SBU:s handbok *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok* och där nämns att olika forskningsmetoder ska användas med försiktighet, samtidigt som de menar att olika metoder kan berika metasynthesen (SBU, 2014c). Författarna anser att studien hade begränsats av att enbart inkludera artiklar med samma forskningsmetod. Genom att blanda olika analysmetoder har studien berikats. I tabell 2, BILAGA 2 redovisas de olika forskningsmetoderna.

## Resultatdiskussion

Sammanfattningsvis belyser den här metasynthesen att det är en omställning för patienter att förflyttas från IVA till vårdavdelning för fortsatt vård. Det bekräftas av Haggstrom, Asplund, & Kristiansen, (2009) som beskriver att det är en omställning att lämna den högteknologiska, kontrollerande och personaltäta miljön på IVA mot en inte lika övervakad, kontrollerande och personaltät miljö på en vårdavdelning. Förflyttas från IVA till vårdavdelning innebär en transitionsprocess. Kritiskt sjuka patienter på IVA upplever ofta flera transitioner under vårdtiden, då de förflyttas mellan olika vårdnivåer (Chaboyer, James, et al., 2005). För att underlätta processen för patienten behövs en ökad medvetenhet hos sjuksköterskor för att kunna bemöta komplexiteten.

Hur en individ reagerar på en förändrad vårdnivå är individuellt, men en reaktion som finns beskriven i tidigare forskning visar att en förflyttning till en ny miljö, kan ge uppkomst till relocation stress (Beard, 2005). Tidigare litteratur beskriver problem associerade med en förflyttning på flera olika sätt så som “translocation syndrome”, “transfer stress” och “transfer anxiety”. Idag används definitionen relocation stress (McKinney & Melby, 2002). Sedan ett tiotal år tillbaka är relocation stress en omvårdnadsdiagnos (Carpenito-Moyet, 2006).

Relocation stress definieras som ett tillstånd som individen upplever som en fysiologisk och/eller en psykosocial störning till följd av förflyttning till en ny miljö. I definitionen ingår huvudegenskaper som ensamhet, depression, ilska, oro och ångest. Förändringar i matvanor och sömnvanor, beroende, otrygghet, rastlöshet, nedstämdhet, brist på förtroende och behov av överdriven tröst och uppmuntran innefattas i begreppet som andra lindrigare framträdande egenskaper (Carpenito-Moyet, 2006; McKinney & Melby, 2002). I den här studien framkommer att patienter visar flera tecken på relocation stress som t.ex. oro kring förflyttning och sårbarhet i form av ensamhet, depression och ångest. Förändringar i mat- och sömnvanor framkom också hos patienterna. En ytterligare faktor som framkom i resultatet är att inte få hjälp med sina essentiella behov. Det ingår inte i begreppet relocation stress men upplevs stressande för patienterna. Begreppet relocation stress berör flertalet av de problem som kan inträffa vid en förflyttning från IVA. Relocation stress förekommer mellan alla olika typer av enheter men det förekommer oftast hos patienter som vårdats på IVA (McKinney & Melby, 2002). I en studie av Beard (2005) kom sjuksköterskor och patienters gemensamt fram till att nyckelfaktorer som bidrar till relocation stress är; förlust av en-till-en omvårdnad och allmän uppmärksamhet, otrygghet pga. minskad synlig övervakningsutrustning, brist på kontinuitet pga. dålig kommunikation och ineffektiv dokumentation mellan IVA och vårdavdelning, förlust av kontroll, bristande planering och förberedelser av patientens förflyttning (Beard, 2005). Det finns åtgärder som kan förebygga eller minska omfattningen av relocation stress. Tidig planering och förberedelser av patienten, som innehåller strategier för gradvis minskning av uppmärksamhet och övervakning i omvårdnaden, kan underlätta övergången från IVA till vårdavdelning. Att ge patienten information om vad som kan förväntas på vårdavdelning samt förbättrad kommunikation och dokumentation kan gynna en övergång (Beard, 2005).

Att befinna sig i transition innebär ofta en ökad sårbarhet (Meleis et al., 2000). Resultatet visar att det finns oro och rädsla hos patienterna över den fortsatta vården på vårdavdelning. De ställer sig frågande till om sjuksköterskorna på vårdavdelningen har tillräckligt med kunskap för att klara av deras fortsatta vård. Patienterna är oroliga och rädda för sjuksköterskornas förväntningar och över att inte veta när de kommer få hjälp. En studie visar att patienter ofta har ett stort förtroende för intensivvårdssjuksköterskors kunskap och omdöme i deras vård och en förflyttning kan framkalla en försämrad relation till vårdpersonal (McKinney & Melby, 2002). Omtänksamhet och kunna lindra rädslor och oro, anses enligt patienter, vara de mest värdefulla egenskaperna hos intensivvårdssjuksköterskor, trots att expertis och tekniska skickligheter anses viktiga. Att få dessa behov tillgodosedda kan underlätta att koncentrera sig på sin återhämtning (Hofhuis et al., 2008).

Det framkom att patienterna upplever fysisk svaghet och trötthet under och efter intensivvårdstiden. Trötthet och störd sömn beskrivs återkommande som en påverkan i tillfrisknandet. Tillräckligt med vila och sömn är livsnödvändiga behov som vården bör hjälpa patienten att tillgodose. Boyko et al. (2012) bekräftar att sömn är viktigt för återhämtning hos kritiskt sjuka patienter. Att inte få sin sömn tillgodosedd kan leda till delirium, förlängd intensivvårdsvistelse och ökad dödlighet. Sömn är även viktigt för ett fungerande immunförsvar (Tamrat, Huynh-Le, & Goyal, 2014). Patienter som vårdas på IVA har ofta minnesluckor och svårt att skilja på vad som är verklighet och inte. Flera patienter kommer rent av inte ihåg tiden på IVA. Pattison, Dolan, Townsend, and Townsend (2007); Svenska Intensivvårdsregistret (2015b) beskriver att drömmar, hallucinationer, och mardrömmar är vanligt, vilket även framkommer i resultatet. Det är något som behöver uppmärksammas mer vid förflyttningar och det är viktigt att personal på vårdavdelning har kunskap i att stödja patienten.

I resultatet framkommer att olika förväntningar från patienter och personal försvårade möjligheten till gemensamma strategier och vårdplan. Patienterna är oroliga över att sjuksköterskor på vårdavdelning inte har tillräcklig kunskap när det gäller vård och behandling efter kritisk sjukdom. Det bekräftas av Haggstrom et al. (2009) studie, där det framgår att sjuksköterskor på vårdavdelning upplever det stressande att vårda patienter som nyligen förflyttats från IVA. Sjuksköterskor på vårdavdelning kämpar med ett glapp som orsakas av skillnaderna i vårdnivåer. Glappet skapar svårighet för sjuksköterskor att möta övergångsvården. I en annan studie framgår även att sjuksköterskor känner sig stressade för

att vårda patienterna från IVA då de ofta är vårdkrävande. Deras upplevelse är att både patienter och dess anhöriga är vana med mer hjälp som de inte hinner med. De tycker att det är svårt att få patienter och anhöriga att förstå det. För att sjuksköterskan ska kunna underlätta förflyttningen krävs individuell vårdplanering och att patienten är tillräckligt förberedd.

Vetskap om förflyttningsbehov, empowerment och patientutbildning är viktiga faktorer för att stödja patienten vid förflyttningen (Haggstrom, Asplund, & Kristiansen, 2012).

Att vara delaktig och ha kontroll i förflyttningsprocessen är viktigt. De patienter som har fått information om förflyttningen upplever sig mer delaktiga och mindre oroliga. Flera patienter påpekar dock att de fick lämna IVA abrupt utan förberedelser och information. I en australiensisk studie av Mitchell och Courtney (2005) har man i en interventionsstudie undersökt hur patienter och anhöriga upplever att få en informationsbroschyr vid förflyttning. Anhöriga som erhållit broschyren är mer nöjda med överflyttningen än de i studien som inte fått någon broschyr. Flera av de anhöriga tycker att det är bra med skriftlig information för att sedan kunna gå tillbaka till om frågor uppstår. Broschyren hjälper även sjuksköterskorna på IVA som varit ansvariga vid förflyttningen att anpassa vården efter individen. Den beskrivs framför allt som ett bra sätt att strukturera upp information om patienten.

Resultatet belyser att det finns ett glapp mellan IVA och vårdavdelning och patienterna är i behov av ett fortsatt stöd när de lämnar IVA. Ett sätt att stödja patienterna i deras fortsatta vård på vårdavdelning är med hjälp av en liaison nurse. Utvecklingen av liaison nurse startade i Australien för att möta det ökade behovet av tillgång till intensivvårdsplatser. Liaison nurse är en slags samordningssjuksköterska som syftar till att underlätta övergång från intensivvård till allmänvårdavdelning för patienter och deras anhöriga. I rollen ingår att fungera som en resurs för allmänsjuksköterskor i vården av patienter med fortsatta komplexa vårdbehov efter att de lämnat intensivvården. Liaison nurse samarbetar i multiprofessionellt team för att snabbt säkerställa patientens behov i rätt tid och identifiera om patienten försämrats och förflyttning till IVA är nödvändig. En teori fanns om att längden på intensivvårdstiden och återinläggningarna skulle minska om en erfaren sjuksköterska fanns tillgänglig som ett stöd åt allmänsjuksköterskor som vårdade patienter med komplicerade vårdbehov (Green & Edmonds, 2004).

En australiensisk studie visar att intensivvårdsåterinläggningar minskade från 2,3 % till 0,5 % under de fem första åren då liaison nurse infördes i Australien. Studien omfattade 980

patienter som skrevs ut från IVA. Utvecklingen av liaison nurse har möjliggjort kostnadseffektiva, snabba och möjliga omhändertagande av den akuta patienten under och efter intensivvården. Andra fördelar med liaison nurse är förbättrade behandlingsresultat, ökad tillgänglighet på intensivvårdsplatser, fler behandlingar av patienter på vårdavdelningen samt förbättrat stöd och utbildningsmöjligheter för personal på vårdavdelningen att hantera komplexa patienter (Green & Edmonds, 2004). Sjuksköterskor på vårdavdelning känner sig trygga med en liaison nurse som bidrar med kunskap och ett betydelsefullt empatiskt stöd (Chaboyer, Gillespie, Foster, & Kendall, 2005). I en litteraturgranskning från 2014 visade resultatet även där att liaison nurse hade positiva funktioner och effekter med bl.a. minskning av fördröjda utskrivningar och förbättrad överlevnad hos patienter med risk för återinläggning (Tabanejad, Pazokian, & Ebadi, 2014).

Step-down avdelningar eller även kallat intermediäravdelningar, används ibland för att minska steget mellan IVA och vårdavdelning. Patienter i resultatet uppfattade förflyttningen som abrupt. För vissa innebar det att inte ha blivit mobiliserad och när de kom till vårdavdelning fanns det förväntningar på att vara mer självständiga. När en patient lämnar IVA kvartstår vanligtvis ett stort vårdbehov. Step-down avdelning, även kallad intermediäravdelning är till för patienter med vårdbehov som inte är intensivvårdskrävande men som är för vårdkrävande för en vårdavdelning. Step-down avdelningar syftar till att minska steget att gå från IVA till vårdavdelning, d.v.s. nedtrappning av den högteknologiska vården. Det finns även motsatsen till step-down avdelningar som kallas för step-up avdelningar, som kan användas för att erbjuda en högre nivå av vård för patienter som blivit försämrade på en vårdavdelning. Dessa avdelningar kan skapa möjlighet för att förbättra intensivvården kostnadseffektivt och förbättra patientflödet utan att kompromissa med kvaliteten på vården. Dock finns det för få studier för att ge konkreta bevis. Flertalet av de studier som finns på step-down avdelningar är mer än 15 år gamla vilket understryker behovet av mer forskning (Prin & Wunsch, 2014). En annan studie beskriver intermediäravdelningars positiva fördelar som möjlighet till minskad övervakning samtidigt som personalen och kompetensen finns för att vårda svårt sjuka patienter (Beard, 2005). Chaboyer, James, et al. (2005) menar att step-down avdelningar har visat sig kunna fungera som ett stöd i att utjämna glappet mellan IVA och vårdavdelning och har visat sig minska risken för återinläggningar på IVA. Intermediäravdelningar har också visat sig ha positiva effekter på att minska relocation stress (Beard, 2005).

Resultatet visar att det finns ett behov av att skapa rutiner och effektiva arbetsätt för att minska oro hos patienter, underlätta samordningen i vårdkedjan vid en förflyttning och för att garantera patientsäkerheten. Att införa rutiner och effektiva arbetsätt vid en förflyttning kan även leda till att minska oro och rädsla hos personal och anhöriga. McKinney och Melby (2002) bekräftar detta och menar att nuvarande intensivvård tycks vara avgränsad till patientens pågående sjukdom och tenderar att förbise de problem som kan uppstå efter intensivvårdstiden. Han menar vidare att intensivvårdssjuksköterskor har viss benägenhet att se patientens utskrivningsplanering som något som startar senare på vårdavdelningen. Förberedelserna för en förflyttning från IVA bör starta redan när patienten kommer till IVA och fortsätta under hela vårdtiden. Patientens behov i förflyttningen från IVA behöver bemötas med ett individuellt och personcentrerat synsätt. För att lyckas med det krävs samarbete mellan patienter och deras familjer och intensivvårdssjuksköterskor och sjuksköterskor på den mottagande avdelningen (McKinney & Melby, 2002). En annan aspekt som är viktig att lyfta gällande förflyttningar, är att de sker på dygnets alla timmar. I resultatet framgår inte om förflyttningar sker nattetid men en studie av Goldfrad och Rowan (2000) visar att utskrivning från IVA till vårdavdelning nattetid påverkar patienters överlevnad efter intensivvård negativt. Natliga förflyttningar inträffar oftast på grund av akut platsbrist, vilket gör att de sällan sker planerade. Om patientens utskrivning skett nattetid har det visat sig att den totala IVA-mortaliteten var 2-5 gånger högre och enbart 44 % av patienterna ansågs vara förberedda och klara för förflyttningen, jämfört med om utskrivningen skett på dagtid då ca 80 % ansågs förberedda (Goldfrad & Rowan, 2000).

Enligt Socialstyrelsen (2005a) ska hälso- och sjukvårdsorganisationer bedriva säker och personcentrerad vård. Det ställs också krav på att vården ska vara kostnadseffektiv, vilket gör att vårdkedjan ideligen är hårt belastad med snabba förflyttningar (Häggström, 2012). Förflyttningar styrs inte bara naturligt av patientens tillfrisknande utan är även en resursfråga och sker även pga. platsbrist (Haggstrom et al., 2009). Även Chaboyer, James, et al. (2005) menar att kritiska vårdplatser är en ändlig resurs och förflyttningar styrs inte alltid av vilken tid som är bäst för patienten. Det är viktigt att förflyttningar av patienterna sker på rätt sätt och vid rätt tidpunkt. Om en förflyttning inte är välplanerad kan det leda till återinläggningar (Chaboyer, 2006). Även Whittaker och Ball (2000) menar att en förflyttning som inte är välplanerad kan leda till återinläggningar och dödsfall. Det kan också förvärra relocation stress som leder till fysiska och psykiska problem som i sin tur kan fördröja återhämtningen.



Sammanfattningsvis belyser tidigare forskning att patienter upplever relocation stress i samband med förflyttningar, vilket även framkom i den här metasyntesen. En ny intressant aspekt är att denna metasyntes påvisar att patienter har erfarenheter av brister i att få de essentiella behoven tillgodosedda. Patienterna upplever en oro och ångest över förflyttningen som inte bara uppkom av själva flytten till vårdavdelning utan även av att inte få hjälp med de essentiella behoven. Det är en viktig del som behöver arbetas vidare med på IVA och vårdavdelningar. Genom en ökad kunskap om patienternas erfarenheter, kan det befintliga glappet mellan vårdnivåerna minskas.

## Slutsatser och kliniska implikationer

Sammanfattningsvis har studien kommit fram till att det är en omställning för patienter att förflyttas från IVA till vårdavdelning för fortsatt vård. Förflyttningen innebär en transitionsprocess som kan skapa relocation stress. I studien framgår att det är viktigt med förberedelser inför en förflyttning. Det finns ett behov av att skapa rutiner och effektiva strategier för att; minska oro hos patienter, underlätta samordningen i vårdkedjan vid en förflyttning och för att garantera patientsäkerheten.

Idag saknas förståelse och kunskap från både intensivvårdssjuksköterskor och allmänsjuksköterskor på vårdavdelning om patientens transition. Förberedelserna för utskrivningsprocessen bör starta redan vid ankomst till IVA och fortsätta under hela vårdtiden. På vårdavdelning är det viktigt att sjuksköterskor erhåller tillräckligt med kunskap om patienten och har förståelse för hur det är att vårdas på IVA, för att lättare kunna bemöta och stödja patientens behov. Det kräver ett samarbete mellan olika kliniker för att främja organiseringen i en förflyttning. Det finns ett behov av utbildning och kunskap om förflyttningsprocessen hos vårdpersonal på de olika enheterna.

Planering med förberedelser kräver också att patienten får vara delaktig för att frambringa känsla av kontroll och minska oro. Studien visar att sjuksköterskor behöver säkerställa informationsflödet och kunskapsöverföringen om vad som ska hända i processen, för att patienter ska känna sig delaktiga.

Förflyttningar innefattas av en komplexitet som inte enbart sker som en naturlig övergång vid förbättring utan också styrs av platsbrister och resurser. Att få kunskap om patienters erfarenheter av transition mellan IVA och vårdavdelning ger insikt och förståelse över processen som kan förbättra framtida förflyttningar.

Utifrån patienters erfarenheter av förflyttning från IVA till vårdavdelning kan resultatet bidra till utveckling av att skapa rutiner och effektiva strategier för att underlätta samordningen i vårdkedjan. Ett samarbete mellan olika vårdavdelningar i vårdkedjan kan underlätta förflyttningen för patienten.

## Referenslista

- Beard, H. (2005). Does intermediate care minimize relocation stress for patients leaving the ICU? *Nurs Crit Care*, 10(6), 272-278.
- Bjerregaard, A., & Dreyer, P. (2014). Overflytning fra intensiv til sengeafsnit [Danish]. *Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(2), 84-100.
- Boyko, Y., Ording, H., & Jennum, P. (2012). Sleep disturbances in critically ill patients in ICU: how much do we know? *Acta Anaesthesiol Scand*, 56(8), 950-958.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2006). Nursing diagnoses - Relocation stress (syndrome) *Nursing diagnosis: application to clinical practice*. (pp. 350-355). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Chaboyer, W. (2006). Intensive care and beyond: improving the transitional experiences for critically ill patients and their families. *Intensive Crit Care Nurs*, 22(4), 187-193.
- Chaboyer, W., Gillespie, B., Foster, M., & Kendall, M. (2005). The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses' perceptions. *J Clin Nurs*, 14(6), 766-775.
- Chaboyer, W., James, H., & Kendall, M. (2005). Transitional care after the intensive care unit: current trends and future directions. *Crit Care Nurse*, 25(3), 16-18, 20-12, 24-16 passim; quiz 29.
- Chaboyer, W., Kendall, E., Kendall, M., & Foster, M. (2005). Transfer out of intensive care: a qualitative exploration of patient and family perceptions. *Aust Crit Care*, 18(4), 138-141, 143-135.
- Fegran, L., Hall, E. O., Uhrenfeldt, L., Aagaard, H., & Ludvigsen, M. S. (2014). Adolescents' and young adults' transition experiences when transferring from paediatric to adult care: a qualitative metasynthesis. *Int J Nurs Stud*, 51(1), 123-135.
- 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. *Crit Care*, 12(1), R21.
- Forsberg, A., Lindgren, E., & Engström, Å. (2011). Being transferred from an intensive care unit to a ward: Searching for the known in the unknown. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), 110-116.

- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013a). Att analysera, presentera och diskutera resultat. *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013b). Den systematiska litteraturstudiens första steg. *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013c). Olika typer av litteraturstudier. *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (pp. 25-35). Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F., Öhlén, J., Edberg, A.-K., & Castoriano, M. (2009). Omvårdnad ur ett livscykelerspektiv. *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (pp. 29-65). Lund: Studentlitteratur.
- Goldfrad, C., & Rowan, K. (2000). Consequences of discharges from intensive care at night. *Lancet*, 355(9210), 1138-1142.
- Green, A., & Edmonds, L. (2004). Bridging the gap between the intensive care unit and general wards-the ICU Liaison Nurse. *Intensive Crit Care Nurs*, 20(3), 133-143.
- Haggstrom, M., Asplund, K., & Kristiansen, L. (2009). Struggle with a gap between intensive care units and general wards. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 4, 181-192.
- Haggstrom, M., Asplund, K., & Kristiansen, L. (2012). How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care?: a grounded theory of nursing. *Intensive Crit Care Nurs*, 28(4), 224-233.
- Helsingforsdeklarationen. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 15-01-12, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Hofhuis, J. G., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, A. J., Rommes, J. H., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs*, 24(5), 300-313.
- Häggström, M. (2012). Att organisera en trygg och sammanhållen vårdkedja mellan intensivvård och allmän vårdavdelning: En grundad teori om organisation, vård och samarbete i förflyttningsprocessen. Hämtad 2015-05-11, från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:557248/FULLTEXT01.pdf>
- Karolinska Institutet. (2015). Svensk MeSH. Hämtad 2015-05-07, från [http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh\\_se.cfm](http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm)
- Kralik, D., Visentin, K., & van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *J Adv Nurs*, 55(3), 320-329.

- Larsson, A., & Rubertsson, S. (2012). Organisation av en intensivvårdsavdelning. *Intensivvård* (pp. 13-17). Stockholm: Liber.
- Leith, B. A. (1999). Patients' and family members' perceptions of transfer from intensive care. *Heart Lung*, 28(3), 210-218.
- MacArtney, J. I., Broom, A., Kirby, E., Good, P., Wootton, J., Yates, P. M., & Adams, J. (2015). On resilience and acceptance in the transition to palliative care at the end of life. *Health (London)*, 19(3), 263-279.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*, 18(1), 27-36.
- McKinney, A. A., & Deeny, P. (2002). Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patients' experience. *Intensive Crit Care Nurs*, 18(6), 320-331.
- McKinney, A. A., & Melby, V. (2002). Relocation stress in critical care: a review of the literature. *J Clin Nurs*, 11(2), 149-157.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*, 23(1), 12-28.
- Mitchell, M. L., & Courtney, M. (2005). Improving transfer from the intensive care unit: the development, implementation and evaluation of a brochure based on Knowles' Adult Learning Theory. *Int J Nurs Pract*, 11(6), 257-268.
- Mollica, M., & Nemeth, L. (2015). Transition from patient to survivor in African American breast cancer survivors. *Cancer Nurs*, 38(1), 16-22.
- Odell, M. (2000). The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *J Adv Nurs*, 31(2), 322-329.
- Olausson, S. (2014). *"Intensivvårdsrummets betydelse för vårdande och välbefinnande -patients, närståendes och vårdpersonalens perspektiv"*. Växjö: Linnéuniversitetet.
- Pattison, N. A., Dolan, S., Townsend, P., & Townsend, R. (2007). After critical care: a study to explore patients' experiences of a follow-up service. *J Clin Nurs*, 16(11), 2122-2131.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). Integrating Research Evidence: Meta-Analysis and Metasynthesis. *Nursing Research: nursing practice Generating and assessing evidence for* (pp. 665-690). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

- Prin, M., & Wunsch, H. (2014). The role of stepdown beds in hospital care. *Am J Respir Crit Care Med*, 190(11), 1210-1216.
- 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. *J Clin Nurs*, 23(5-6), 605-615.
- SBU. (2014a). Litteratursökning *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl.* (pp. 25-39). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- SBU. (2014b). Strukturera och avgränsa översiktens frågor. *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl.* (pp. 19-24). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- SBU. (2014c). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- SBU. (2014d). Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl.* (pp. 85-119). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Socialstyrelsen. (1997). The Dream Team – bemanning och arbetsmodeller på vårdavdelning. Hämtad 2015-01-02, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer1997/1997-3-1>
- Socialstyrelsen. (2005a). ”God vård på lika villkor” Geografi, demografi, volym & kvalitet. Hämtad 2015-0513, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9888/2005-107-13\\_200510714.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9888/2005-107-13_200510714.pdf)
- Socialstyrelsen. (2005b). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 2015-01-06, från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- Strahan, E. H., & Brown, R. J. (2005). A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*, 21(3), 160-171.
- Svenska Intensivvårdsregistret, S. (2015a). Rapport - Avlidna på IVA . Hämtad 2015-05-04, från <http://avlidna.icuregswe.org/Rapport.aspx>

- Svenska Intensivvårdsregistret, S. (2015b). Tiden efter intensivvården. Hämtad 2015-05-19, från <http://www.icuregswe.org/sv/For-patienter/Tiden-efter-intensivvarden/>
- Svenska Intensivvårdsregistret, S. (2015c). Vad är intensivvård. Hämtad 2015-01-05, från <http://www.icuregswe.org/sv/For-patienter/Vad-ar-Intensivvard/>
- Tabanejad, Z., Pazokian, M., & Ebadi, A. (2014). A Systematic Review of the Liaison Nurse Role on Patient's Outcomes after Intensive Care Unit Discharge. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 2(4), 202-210.
- Tamrat, R., Huynh-Le, M. P., & Goyal, M. (2014). Non-pharmacologic interventions to improve the sleep of hospitalized patients: a systematic review. *J Gen Intern Med*, 29(5), 788-795.
- Uhrenfeldt, L., Aagaard, H., Hall, E. O., Fegran, L., Ludvigsen, M. S., & Meyer, G. (2013). A qualitative meta-synthesis of patients' experiences of intra- and inter-hospital transitions. *J Adv Nurs*, 69(8), 1678-1690.
- Webb, C., & Roe, B. H. (2007). Overview of methods. In M. L. Jones (Ed.), *Reviewing research evidence for nursing practice: systematic reviews*. Oxford: Blackwell.
- Whittaker, J., & Ball, C. (2000). Discharge from intensive care: a view from the ward. *Intensive Crit Care Nurs*, 16(3), 135-143.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). Tolka, värdera och sammanväga bevis *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (pp. 93-119). Lund: Studentlitteratur.

# Bilagor

**BILAGA 1, Tabell 1 Söktabell**

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Avgränsningar</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Granskade</b>	<b>Valda</b>
PubMed	Patient, transfer, intensive care, general ward	Peer reviewed, Adult: 19+ years, 14 years, English	42	14	4
PubMed	Patient, transfer, intensive care, general ward, experience	Peer reviewed, Adult: 19+ years, 14 years, English	12	0	0
PubMed	ICU, transfer, general ward, patient	Peer reviewed, Adult: 19+ years, 14 years, English	37	6	0
Pu Med	Experience, intensive care, transfer	Peer reviewed, Adult: 19+ years, 14 years English	101	2	0
PubMed	“Intensive care” AND “qualitative study” AND “patient transfer”	Peer reviewed, Adult: 19+ years, 14 years English	4	2	1
PubMed	“Intensive care units” OR “intensive care” OR ICU AND “patient transfer” AND “hospital units” OR general ward AND “patient satisfaction” OR experience	Peer reviewed, Adult: 19+ years, 14 years English	13	1	0
Cinahl	Patient, transfer, intensive care, general ward	Peer reviewed, Adult, 14 years, English	7	2	1
Cinahl	Patient transfer, intensive care, general ward, experience	Peer reviewed, Adult, 14 years, English	0	0	0



### Fortsättning tabell 1 sökord

Cinahl	ICU, transfer, general ward, patient	Peer reviewed, Adult, 14 years, English	4	0	0
Cinahl	Experience, intensive care, transfer	Peer reviewed, Adult, 14 years, English	38	1	0
Cinahl	“Intensive care” AND “qualitative study” AND “patient transfer”	Peer reviewed, Adult, 14 years, English	1	0	0
Cinahl	“Intensive care units” OR “intensive care” OR ICU AND “patient transfer” AND “hospital units” OR general ward AND “patient satisfaction” OR experience	Peer reviewed, Adult, 14 years, English	0	0	0

## BILAGA 2, tabell 2 Inkluderade studier

Referens	Syfte	Metod	Urval (N= antal inkluderade patienter)	Resultat	Vetenskaplig kvalité Kommentar	Evidens
Aidin A. McKinney Pat Deeny 2002. <b>Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patients experience.</b> <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> 18, 320-331	Undersöka patienters erfarenheter av att flyttas från IVA till vårdavdelning.	Kvalitativt holistiskt perspektiv. Fenomenologisk ansats.	Deltagarna valdes ut efter förmåga till att medverka i studien. Exklusionskriterier: Patienter som inte kunde tala, som var förvirrade och/eller ansågs för sjuka att intervjuas enligt forskarna. n: 6	Resultatet delades in i före- och efter överflyttningen med underteman.  Efter överflyttningen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blandade känslor kring överflyttningen</li> <li>• Upplevelse av hälsa</li> <li>• Skillnaden mellan IVA och vårdavdelning</li> <li>• Existentiella frågor</li> </ul>	Medel hög kvalité  Temat före flytten ingår inte i resultatet.  Otydligt etiskt godkännande.	Stöd föreligger
Wendy Chaboyer Elisabeth Kendell Mellissa Kendell & Michelle Foster 2005. <b>Transfer out of intensive care: a qualitative exploration of patient and family perceptions.</b> <i>Australian Critical Care</i> , Volume 18, Number 4	Undersöka patienter och deras familjers uppfattningar om de aspekter som uppfattas som mest svåra och de som uppfattas som stödjande i samband med överflyttning från IVA till vårdavdelning.	Beskrivande och kvalitativ fallstudie design. Två fokusgrupper, en med patienter och en med familjemedlemmar. Fenomenologisk ansats.	10 patienter med deras familjemedlemmar bjöds in till fokusgrupper, men endast 7 patienter och 6 familjemedlemmar medverkade. Inklusionskriterier var att patienterna kunde minnas sin intensivvårdstid samt att de hade familjemedlemmar som var involverade i vården. n:7	Fyra teman identifierades utifrån fokusgruppsdiskussioner. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Att plötsligt bli ”övergiven”</li> <li>• Hjälploshet/sårbarhet</li> <li>• Att känna sig betydelselös</li> <li>• Känsla av ambivalens</li> </ul>	Hög kvalité	Stöd föreligger

## Fortsättning av tabell 2 Inkluderade artiklar

<p>G. Høghaug M.S Fagermoen 2007. <b>Overflytting fra intensivavdelingen til sengepost.</b> <i>Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning</i>, 9:3, 3-14</p>	<p>Få en djupare förståelse för hur den vuxne patienten upplever övergången från IVA till vårdavdelning och vad som är viktigt för patienten under övergången.</p>	<p>Beskrivande design med kvalitativ ansats och semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>De inkluderade informanterna blev rekryterade via en dansk intensivvårdsavdelning. De skulle vara över 18 år, dansktalande och ha vårdats mer än 3 dygn på IVA. n:3</p>	<p>Tre teman identifierades;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Svårt att minnas från intensivvårdsvistelsen.</li> <li>• Längtan efter ett normalt sätt att leva.</li> <li>• En situation utom kontroll.</li> </ul>	<p>Medelhög kvalitet Få i urvalet.</p>	<p>Stöd föreligger</p>
<p>Angelica Forsberg, Elenor Lindgren &amp; Åsa Engström 2010. <b>Being transferred from an intensive care unit to a ward: Searching for the known in the unknown.”</b> <i>International Journal of Nursing Practice</i> 17: 110 - 116</p>	<p>Beskriva människors erfarenheter av att vårdas på en IVA-avdelning och därefter överflyttas till vårdavdelning.</p>	<p>Induktiv, beskrivande, kvalitativ metod.</p>	<p>Intervjuer av 10 personer. Inklusionskriterier var att ha vårdats på IVA i minst 2 dygn och därefter förflyttats till vårdavdelning under det senaste året, samt att minnas förflyttningen till vårdavdelning. n:10</p>	<p>Intervjuerna resulterade i ett tema: Att söka efter det ”kända” i det ”okända” med 5 kategorier;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ”Att behöva veta”.</li> <li>• ”Önskan om en bättre planerad överflyttning”.</li> <li>• ”Att sakna säkerheten på IVA”.</li> <li>• ”Att komma till en lugnare miljö på avdelningen”.</li> <li>• ”Att behöva stöd från personalen”.</li> </ul>	<p>Hög kvalitet</p>	<p>Stöd föreligger</p>

## Fortsättning av tabell 2 Inkluderade artiklar

<p>Kate Field, Suman Prinjha, Kathy Rowan 2008. <b>One patient amongst many : a qualitative analysis of intensive care unit patients experiences of transferring to the general ward</b> <i>Critical Care</i>, 12,</p>	<p>Identifiera orsaker till relocation stress</p>	<p>Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Inklusionskriterier: 36 av de 40 inkluderade 40 patienterna kom direkt från akuten. Patienter med olika sociala och ekonomiska bakgrunder. Urvalet skedde med hjälp från sjuksköterska och läkare som var informerade om studien. n:40</p>	<p>Patienterna upplever relocation stress inte bara pga. de fysiska och emotionella svårigheterna utan även pga. deras sjukdom, den ”uppkopplade miljön de lämnar, och även av praktiska besvär ex kommunikation, svårt att äta och basal omvårdnad.</p>	<p>Hög kvalitet</p>	<p>Stöd föreligger</p>
<p>Eunice H. E. Strahan Robert J. Brown 2005. <b>A Qualitative study of the experience of patients following transfer from intensive care.</b> <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> 21, 160-171</p>	<p>Utforska och beskriva erfarenheten av en förflyttning från IVA. Kände sig patienterna förberedda? Vad händer psykiskt och fysiskt? Vilka förväntningar har patienterna vid en förflyttning från IVA</p>	<p>Fenomenologisk. Ostrukturerade intervjuer.</p>	<p>Inklusionskriterier: Intensivvård &gt;3 dagar &gt;18 år Fysiskt och psykiskt kapabel att delta i en intervju. 7 män och 3 kvinnor n:10</p>	<p>3 olika kategorier</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysisk respons</li> <li>• Psykisk respons</li> <li>• Behov av fortsatt vård.</li> </ul>	<p>Medelhög kvalitet</p> <p>Otydlig contextualisering av resultat i tidigare forskning.</p>	<p>Stöd föreligger</p>

## Fortsättning av tabell 2 Inkluderade artiklar

<p>Pam Ramsay, Guro Huby, Andrew Thompson, Tim Walsh 2014.  <b>Intensive care survivors experience of ward-based care: Meleis theory of nursing transition and role development among critical care outreach services.</b>  <i>Journal of Clinical Nursing, 23, 605-615</i></p>	<p>Undersöka patienters psykiska behov efter utskrivning från IVA och vilken roll en liaison nurse har för att förebygga psykiskt lidande</p>	<p>Intervjuer. Semistrukturerad analys av data efter Meleis midrange theory on experiencing transitions.</p>	<p>Inkusionskriterier: &gt; 14 dagar i ventilator          Exklusionskriterier: Psykisk eller neurologisk sjukdom, icke engelsktalande, geografiska begränsningar.          n: 20</p>	<p>Patienterna kände sig stressade och förstod inte riktig vad som hände. Flera upplevde det som en omställning att komma till vårdavdelning, de klarade inte av så mycket och fick inte den hjälp de behövde med den basala vården. Transitionen innebar att gå från beroende till oberoende och det skapade mycket stress.</p>	<p>Hög kvalitet</p>	<p>Stöd föreligger</p>
<p>Beverly A. Leith. 1999.  <b>Patient and family member's perception of transfer from intensive care.</b>  <i>Heart and Lung 05/06 1999</i></p>	<p>Beskriva patienter och anhörigas förväntningar av förflyttning från en intensivvårdsavdelning</p>	<p>Intervjuer, öppna frågor. Deskriptiv tvärsnittstudie.</p>	<p>Inklusionskriterier: Engelsktalande &gt;18 år          Orienterad till tid/dag/rum IVAvård &gt; 24 h          Vårdavdelning &gt; 48h          Exklusionskriterier: Nedsatt mental funktion, alkohol eller drog problem, fysiska begränsningar, psykiska begränsningar.          n: 53</p>	<p>Patienter och deras familjer hade tre stora åsikter om förflyttning från IVA: Positiv, neutral eller ambivalent, och negativ. Sammantaget tyckte patienter att det var ett steg i rätt riktning. Flera av deltagarna uttryckte och var oroliga över den plötsliga förändringen av vårdnivå den innebar vid en flytt från IVA.</p>	<p>Medelhög kvalitet           Otydligheter i presentation av data.           Implikationer för relevant praktik är otydligt beskrivet.</p>	<p>Stöd föreligger</p>

## Fortsättning av tabell 2 Inkluderade artiklar

<p>Mandy Odell. 2000. <b>The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward.</b> <i>Journal of Advances Nursing</i>, 31(2), 322-329</p>	<p>Undersöka meningen med den levda erfarenheten. Utforska patienterna tankar och känslor om deras förflyttning från IVA till avdelning.</p>	<p>Fenomenologisk. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Inklusionskriterier: &gt;18 år Engelsktalande IVAvård &gt; 4 dagar Patienterna inkluderades bara om deras förflyttning berodde på förbättring ej på platsbrist. n:6</p>	<p>Tre teman:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Detachment"</li> <li>• Accepterande</li> <li>• Blandade känslor</li> </ul>	<p>Medelhög kvalité  Implikationer för relevant praktik är otydligt skrivna.</p>	<p>Stöd föreligger</p>
---	--	--	--	--	--	------------------------

**BILAGA 3, Tabell 4 Identifierade Första och Andra Nivåns Tema**

<b>Andra Nivåns Tema</b>	<b>Första Nivåns Tema</b>	<b>Studier</b>
<b>Inverkan på essentiella behov</b>	Har fysiska begränsningar	Ramsay et al (2013), Odell (2000), Field et al (2008) Chaboyer et al (2005) Strahan & Brown (2005)
	Får vänta länge på hjälp	Leith (1999), Bjerregard & Dreyer (2014) Ramsay et al (2013)
	Har svårt att äta	Aidin & Deeny (2002) Strahan & Brown (2005)
	Är trött och har svårt att sova	Strahan & Brown (2005), Bjerregard & Dreyer (2014), Field et al (2008)
	En annan vårdmiljö	Forsberg et al (2011) Field et al (2008)
	Behov av anhöriga	Leith (2005) Chaboyer et al (2005)
<b>Psykisk nedsatthet</b>	Känner sig förvirrad	Ramsay et al (2013), Aidin & Deeny (2002) Strahan & Brown (2005) Bjerregard och Dreyer (2014)
	Har minnesluckor	Odell (2000), Strahan & Brown (2005), Bjerregard & Dreyer (2014)
	Är sårbar	Leith (1999), Odell (2000) Aidin & Deeny (2002) Strahan & Brown (2005) Field et al (2008)
<b>Delaktighet i den nya livssituationen</b>	Behov av information	Leith (1999), Chaboyer et al (2005), Bjerregard & Dreyer (2014) Forsberg et al (2011)
	Inte ha kontroll	Aidin & Deeny (2002), Forsberg et al (2011), Odell (2000) Strahan & Brown (2005) Chaboyer et al (2005)
	Att ha kontroll	Odell(2000), Chaboyer et al (2005) Forsberg et al (2011), Bjerregard & Dreyer (2014) Strahan & Brown(2005)
<b>Framtidstro</b>	Steg i rätt riktning	Strahan & Brown (2005), Chaboyer et al (2005), Forsberg et al (2011) Ramsay et al (2013), Aidin & Deeny (2002) Leith (1999), Odell (2000), Bjerregard & Dreyer (2014)
	Strategier	Odell (2000), Bjerregard & Dreyer (2014) Ramsay et al (2013),

**BILAGA 4, Tabell 5 Länder, studiekvalitet, antal studier och informanter**

<b>Andra nivåns tema Inverkan på essentiella behov</b>	<b>Antal studier, Länder, Studiekvalitet (Antal informanter)</b>
Första nivåns tema Har fysiska begränsningar	4 studier  England 3 Australien 1  Hög kvalite 2 Medelhög kvalite 1  (53)
Första nivåns tema Får vänta länge på hjälp	3 studier  Canada 1 Danmark 1 England 1  Hög kvalite 1 Medelhög kvalite 2  (76)
Första nivåns tema Har svårt att äta	2 studier  England 2  Medelhög kvalite 2  (16)
Första nivåns tema Är trött och har svårt att sova	3 studier  England 2 Danmark 1  Hög kvalite 1 Medelhög kvalite 2  (53)
Första nivåns tema En annan vårdmiljö	2 studier  Sverige 1 England 1  Hög kvalite 2  (50)



## Fortsättning Tabell 5 Länder, studiekvalitet, antal studier och informanter

<b>Andra nivåns tema</b>	
<b>Psykisk nedsatthet</b>	
Första nivåns tema	4 studier
Känner sig förvirrad	England 3 Danmark 1
	Hög kvalite 1 Medelhög kvalite 3
	(39)
Första nivåns tema	3 studier
Har minnesluckor	England 2 Danmark 1
	Medelhög kvalite 3
	(19)
Första nivåns tema	5 studier
Är sårbar	Canada 1 England 4
	Hög kvalite 1 Medelhög kvalite 4
	(115)

## Fortsättning Tabell 5 Länder, studiekvalitet, antal studier och informanter

### Andra nivåns tema

#### Delaktighet i den nya livssituationen

Första nivåns tema Behov av information	4 studier  Canada 1 Australien 1 Danmark 1 Sverige 1  Hög kvalite 2 Medelhög kvalite 2  (73)
Första nivåns tema Inte ha kontroll	5 studier  England 3 Sverige 1 Australien 1  Hög kvalite 2 Medelhög kvalite 3  (39)
Första nivåns tema Att ha kontroll	5 studier  England 2 Australien 1 Sverige 1 Danmark 1  Hög kvalite 2 Medelhög 3  (36)

## Fortsättning tabell 5 Länder, studiekvalitet, antal studier och informanter

---

### Andra nivåns tema

#### Framtidstro

Första nivåns tema  
Steg i rätt riktning

8 studier

England 4  
Australien 1  
Sverige 1  
Canada 1  
Danmark 1

Hög kvalite 2  
Medelhög kvalite 6

(115)

Första nivåns tema  
Att skapa strategier

3 studier

England 2  
Danmark 1

Hög kvalite 1  
Medelhög kvalite 2

(36)

---