



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

”ALLTING VAR JU LIKSOM UPP OCH NED”

Närståendes upplevelser i samband med inläggning på IVA

Cie Ljusberg

Joakim Norberg

| | |
|-------------------------|--|
| Uppsats/Examensarbete: | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård 60 hp. Examensarbete för magister i omvårdnad |
| Nivå: | Avancerad nivå |
| Termin/år: | VT 2015 |
| Handledare: | Carina Sparud Lundin |
| Examinator: | Axel Wolf |

Sammanfattning

| | |
|-------------------------|--|
| Titel: | ”Allting var ju liksom upp och ned” Närståendes upplevelser i samband med inläggning på IVA |
| Uppsats/Examensarbete: | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård 60 hp. Examensarbete för magister i omvårdnad |
| Nivå: | Avancerad nivå |
| Termin/år: | VT 2015 |
| Handledare: | Carina Sparud Lundin |
| Examinator: | Axel Wolf |
| Nyckelord: | Intensivvård, intensivvårdssjuksköterska, närstående, upplevelse, inläggning, kvalitativ |

Bakgrund: Det förekommer att närstående är närvarande vid inläggning av kritiskt sjuk patient på intensivvårdsavdelning. Tidigare forskning visar att närstående har behov av närhet och delaktighet under vårdtiden, dock saknas forskning gällande närståendes upplevelser i samband med inläggningsfasen.

Syfte: Att beskriva närståendes upplevelser av situationen i samband med akut inläggning av kritiskt sjuk patient på intensivvårdsavdelning.

Metod: Kvalitativ forskningsansats med deskriptiv karaktär. Halvstrukturerade intervjuer med fem närstående som hade varit med sin kritiskt sjuke livspartner vid inläggning på en intensivvårdsavdelning. Intervjuerna analyserades induktivt med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Vid analys av insamlad data framträdde nio kategorier vilka slutligen resulterade i tre teman: En upp- och nedvänd verklighet; Nya behov och prioriteringar samt En ensam väntan tillsammans i en främmande miljö. Huvudfynd var att närstående initialt upplever överklighetskänslor och en förändrad världsbild och att deras främsta prioritet är den sjukes behov, varpå de närstående tenderar glömma bort sig själva. Tidsuppfattningen rubbades och minnesfunktionen upplevdes som sviktande. Positivt var att de närstående kände sig trygga med intensivvårdspersonalen och litade till deras kompetens.

Slutsats: Att som närstående närvara vid inläggning av kritiskt sjuk patient på IVA är en traumatisk och tumultartad upplevelse. Då den närstående upplever överklighetskänslor och kan drabbas av minnessvårigheter bör sjukvårdspersonal anpassa sin kommunikation samt upprepa information som ges till den närstående, för att hjälpa denne hantera det psykiska trauma situationen medför. Projektets resultat stöder tidigare forskning gällande närståendes upplevelser på IVA, fokus för detta projekt har dock varit en specifik situation, inläggningsfasen. Ytterligare forskning behövs.

Abstract

Title: "Everything was kind of upside down" Relatives' lived experiences from being present at a loved one's admission to the ICU

Keywords: Intensive care, critical care, critical care nursing, relative, family, next of kin, experience, admission, qualitative

Introduction: Relatives are sometimes present when a critically ill patient is being admitted to the intensive care unit (ICU). Previous research shows that relatives require to be close to the patient and to feel included by ICU staff during their loved one's hospitalisation. There is a gap in the knowledge on relatives experiences associated with the admission phase.

Aim: To describe the experienced situation associated with a critically ill patient being admitted to an ICU, from a relatives' point of view.

Method: Qualitative research approach with semi-structured interviews. Five interviews were conducted with relatives who were present at their loved one's admission to the ICU. Data were analysed inductively using qualitative content analysis.

Findings: Nine categories emerged from the interview data and formed three themes; A world turned upside down; New found needs and priorities and A lonely wait together in a foreign environment. The most outstanding finding was that relatives experienced derealisation and an altered conception of the world. Furthermore the main priority for relatives was that their loved one was being cared for and they tended to forget about their own needs. Relatives felt safe with ICU staff and believed in their efficiency.

Conclusion: It is a traumatic and tumultuous experience to, as a next of kin, be present at admission in ICU. Due to derealisation and temporary memory disorder, medical staff should adjust their communication and repeat given information, to help relatives cope with the psychological trauma the situation brings. The findings of this project confirm findings previously reported from research on relatives' experiences in the ICU. However this project has focused on one specific situation, the admission phase and further research is needed.

Förord

Vi önskar rikta ett stort tack till de närstående som bidragit med sin tid och sina värdefulla berättelser till detta projekt, utan ert deltagande hade projektet inte varit genomförbart. Vi vill också tacka vårdenhetschef och övrig personal på den aktuella intensivvårdsavdelningen för gott bemötande och stor hjälp med att identifiera projektdeltagare. Ett stort tack riktas också till vår handledare, Carina Sparud Lundin, för god handledning och hejarop under hela arbetsprocessen. Sist men inte minst vill vi tacka våra egna närstående för stort tålamod och förståelse under arbetets gång.

Göteborg, maj 2015

Cie Ljusberg & Joakim Norberg

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Inledning..... | 1 |
| Bakgrund..... | 1 |
| Intensivvård av kritiskt sjuk patient..... | 1 |
| Vårdmiljö och vårdrelationer inom intensivvård..... | 2 |
| Närståendes delaktighet inom intensivvård..... | 3 |
| Tidigare forskning..... | 4 |
| Problemformulering..... | 5 |
| Syfte..... | 6 |
| Metod..... | 7 |
| Design..... | 7 |
| Urval och datainsamling..... | 7 |
| Dataanalys..... | 8 |
| Forskningsetiska överväganden..... | 9 |
| Resultat..... | 10 |
| En upp- och nedvänd verklighet..... | 10 |
| Att tappa tiden..... | 10 |
| Att förneka..... | 10 |
| Att inte minnas..... | 11 |
| Nya behov och prioriteringar..... | 11 |
| Att samla kraft..... | 11 |
| Att vara nära..... | 12 |
| Att tro på framtiden och vara trygg i nuet..... | 12 |
| En ensam väntan tillsammans i en främmande miljö..... | 13 |
| Att slåss mot klockan..... | 13 |
| Att förvånas över omgivningen..... | 14 |
| Att möta medicinsk utrustning..... | 14 |
| Diskussion..... | 15 |
| Metoddiskussion..... | 15 |
| Resultatdiskussion..... | 17 |
| Slutsats..... | 21 |
| Referenslista..... | 22 |
| Bilaga 1 | |
| Bilaga 2 | |

Inledning

Enligt kompetensbeskrivningen för intensivvårdssjuksköterskor ska närstående visas respekt, integreras och stödjas under intensivvårdstiden med hjälp av god kommunikation i en vårdmiljö som främjar närståendes psykiska, fysiska och sociala välbefinnande (ANIVA, 2012). Av den anledningen är det av intresse för intensivvårdssjuksköterskan att ha förståelse för hur närstående kan uppleva situationen i samband med inläggning av kritiskt sjuk patient på en intensivvårdsavdelning (IVA). En ökad kunskap kan ge intensivvårdssjuksköterskan en bättre beredskap att tillgodose närståendes behov.

Kritiskt sjuka patienter, det vill säga patienter med hotande eller manifest svikt i ett eller flera vitala organ, kräver intensivvård. Inläggning på IVA föregås ofta av ett akut och hastigt insjuknande eller en akut insättande försämring av ett redan befintligt sjukdomstillstånd. Det är känt sedan länge att det kan vara omtumlande och påfrestande att vara närstående till en kritiskt sjuk person (Burr, 2001). Det saknas kunskap om närståendes upplevelser av situationen i samband med inläggning av kritiskt sjuk patient på IVA. I detta projekt definieras inläggningsfasen som de första 24 timmarna på IVA.

Bakgrund

Den situation en närstående befinner sig i, vid inläggning av en kritiskt sjuk patient på IVA, är komplex och i situationen möter både närstående och den sjuke olika professioner och yrkesgrupper i olika miljöer. Intensivvårdsmiljön är högteknologisk med flertalet främmande apparater och stundtals en hög ljudnivå (Johansson, 2014). Vårdrelationen, delaktighet och intensivvårdsmiljön är således i sammanhanget relevanta centrala begrepp att beskriva ur ett vårdvetenskapligt perspektiv.

Intensivvård av kritiskt sjuk patient

År 2013 fanns 75 intensivvårdsavdelningar i Sverige enligt Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) i Sverige och totalt 46065 vårdtillfällen registrerades. Majoriteten av patienterna var i åldrarna 65-69 år och män var överrepresenterade. Samma år avled 3213 patienter på olika intensivvårdsavdelningar i Sverige (SIR, 2014).

Patienter vilka drabbats av allvarlig akut sjukdom eller drabbats av en snabbt tilltagande försämring i sitt tillstånd är berättigade akutsjukvård. Akutsjukvård ställer ofta krav på brådskande åtgärder med kontinuerlig övervakning och upprepade bedömningar av patientens tillstånd (Clarke, 2014). Intensivvård syftar till att stödja livsviktiga funktioner hos kritiskt sjuka patienter. Målet med intensivvårdens avancerade medicinska och kirurgiska behandling samt omvårdnad är att "köpa tid" åt patienten, för att ge kroppen större möjlighet till läkning. De patienter vilka har en hotande eller manifest svikt i ett eller flera vitala organ har rätt till intensivvård, på samma sätt har patienten rätt att avsäga sig intensivvård och/eller livsuppehållande behandling, ett beslut vilket i praktiken kan komma falla på patientens närstående då flertalet intensivvårdspatienter förlorat sin förmåga att uttrycka sina behov och önskemål. I många fall kan intensivvård resultera i förbättrad hälsa och återgång till ett välfungerande liv, dock kan intensivvård i vissa fall innebära ett förlängt lidande eller en förlängd dödsprocess hos patienten (Lundberg, 2012).

Vårdmiljö och vårdrelationer inom intensivvård

På IVA vårdas patienter med livshotande, akut skada eller sjukdom. Intensivvård syftar till en viss grad av vårdnivå, snarare än en specifik vårdplats (SIR, 2012). Vårdnivån är således hög och patienterna vårdas antingen på enkelrum eller på tvåbäddssalar, i vissa fall förekommer att fler än två patienter vårdas på samma rum. Rekommenderad bemanning är en intensivvårdssjuksköterska per en till två patienter. På IVA förekommer utrustning för avancerad medicinsk övervakning och behandling, så som ventilatorer, extern pacemaker, intrakraniell tryckmätning och invasiv monitorering av blodtryck (Harris & Williams, 2012). Besökstider på IVA är ofta generösa, då det har visat sig ha en positiv effekt på kritiskt sjuka patienters välmående att kunna ta emot besök (Mitchell, Wilson & Wade, 2012). Vårdmiljön har visat sig vara av betydelse för närstående som har ett behov av att få utrymme och känna sig delaktiga. Ett intensivvårdsrum där det finns plats för närstående kan underlätta för närståendes känsla av delaktighet (Rashid, 2006).

I sitt arbete möter intensivvårdssjuksköterskan patienter och närstående. Relationen mellan vårdare, i detta fall intensivvårdssjuksköterskan, och patienten och dennes närstående är av betydelse för patientens och den närståendes välbefinnande (Wiklund, 2003). Då det åligger intensivvårdssjuksköterskan att tillgodose närståendes behov (ANIVA, 2012) är relationen mellan närstående och intensivvårdssjuksköterska av vikt. I en fungerande vårdrelation bör vårdaren värna om den andra personens intressen och integritet och ge personen möjlighet att uttrycka såväl problem som önskemål och behov. Vårdrelationen bör präglas av vårdgemenskap och värna om den utsatta personens värdighet. En vårdande relation strävar efter att ge den utsatta personen möjlighet att ta plats och uppleva stöd från vårdaren (Wiklund, 2003).

En förutsättning för en god vårdrelation är fungerande kommunikation mellan vårdare och patient eller närstående. Kommunikation kan vara antingen verbal eller fysisk och definieras som ett ömsesidigt utbyte mellan två eller flera personer. Bemötande är en del av kommunikationen mellan människor och inbegriper bland annat hur människor talar med varandra, vilket kroppsspråk som används och om ögonkontakt upprättas. Bemötande är svårdefinierat, dock bör bemötandet av en person i en utsatt situation präglas av respekt och värna om personens värdighet (Fossum, 2013). Hinder för god kommunikation och gott bemötande kan vara exempelvis stress hos mottagare eller sändare eller språkliga barriärer dem emellan. Således kan det påverka kommunikationen i negativ riktning om vårdpersonal använder sig av medicinska uttryck och fackliga termer i samtalet med patienter och närstående (Fossum, 2013)

Vårdrelationen är av asymmetrisk karaktär där vårdaren innehar en maktposition i och med dennes kunskap i det aktuella ämnet. Makt behöver inte nödvändigtvis vara negativt, det är hur den utövas som är av vikt för resultatet. Vårdaren bör av den anledningen använda sin makt för att främja patientens och dess närståendes hälsa och välbefinnande, i de fall vårdaren uttrycker sin maktposition genom dominans riskerar vården bli oetisk. Ett lämpligare sätt för vårdaren att dra nytta av sin maktposition är att fungera som en trygg bas för den utsatta personen, agera utifrån dennes intressen och hjälpa personen använda sina personliga resurser vilket ger personen möjlighet att växa i situationen (Wiklund, 2003).

Inläggning av kritiskt sjuk patient på IVA upplevs ofta stressande för sjuksköterskan (McFetridge, Gillespie, Goode & Melby, 2007) vilket skulle kunna utgöra ett hinder för upprättandet av en god vårdrelation och god kommunikation mellan intensivvårdssjuksköterskan och den kritiskt sjuka patientens närstående.

Närståendes delaktighet inom intensivvård

Begreppet närstående har i stor utsträckning under senare år ersatt begreppen anhörig och familj inom vårdvetenskaplig litteratur. En närstående kan vara en släkting, vän, granne eller någon annan i patientens närmaste sociala nätverk och kan omfattas av en eller flera personer. Gemensamt är att relationen präglas av samhörighet och ett ömsesidigt engagemang (Östlinder, 2004).

Familjecentrerad vård som begrepp grundades under 1990-talet i Nordamerika, ursprungligen inom barnsjukvård med syfte att integrera familjen i vårdandet av barnet. I dagsläget tillämpas familjecentrerad vård inom flertalet områden och ej enbart inom barnsjukvård. Flera aspekter av fysisk och psykosocial vård integreras i begreppet och vården präglas av samverkan och ömsesidig respekt mellan vårdgivare, patient och närstående, gällande planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden. Genom att involvera familjemedlemmar i omvårdnaden och låta dem genom dialog med sjuksköterskan planera omvårdnaden efter behov som är viktigt för familjen och patienten, kan familjecentrerad vård förbättras. Det primära syftet med familjecentrerad vård inom intensivvård är att minska den stress och oro intensivvård kan leda till hos närstående (Mitchell et.al., 2012). Tidigare forskning gällande tillämpning av familjecentrerad vård inom intensivvård har mestadels fokuserat på barnintensivvård och neonatalintensivvård. Inga studier gällande familjecentrerad vård inom vuxenintensivvård har hittats under litteratursökningen inför denna uppsats, begreppet är dock relevant i sammanhanget då samverkan och ömsesidig respekt är av stor vikt inom familjecentrerad vård (Mitchell et.al., 2012), dessa termer är på samma sätt betydelsefulla inom begreppet delaktighet (Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos, 2008). Sahlsten et. al. (2008) belyser att en fungerande vårdrelation som präglas av ömsesidig respekt och tillit är en förutsättning för delaktighet i vården. Utöver detta menar Sahlsten et. al. (2008) att det informationsutbyte som sker mellan de inblandade parterna behöver ske på en nivå som patienten eller den anhörige förstår och är bekväm med, det vill säga vårdpersonalen behöver skaffa sig förståelse för vad patienten är mottaglig för och anpassa given information utefter detta.

Närståendes delaktighet under intensivvård har visat sig vara positivt för patientens hälsa. Då närstående bär med sig värdefull kunskap kring patienten, är dessa personers delaktighet av betydelse för vårdpersonalen, ur ett omvårdnadsperspektiv. I samband med kritisk sjukdom förekommer stress och oro hos närstående, detta kan påverka förmågan att bemästra, bearbeta och fatta beslut i situationen. För närstående kan detta i förlängningen leda till post-traumatiskt stressyndrom (Mitchell et.al., 2012). Mitchell et.al (2012) menar att tidigare forskning visar att närståendes behov under intensivvård generellt kan delas in i fem delar; behov av kontinuerlig information, behov av uppmuntran, behov av att vara nära sin närstående, behov av stöd och behov av välbefinnande.

Tidigare forskning

Forskning som specifikt belyser närståendes upplevelser eller erfarenheter i samband med inläggning på IVA har ej kunnat hittas efter sökning i databaser och granskning av övriga publikationers referenslistor. Av den anledningen presenteras aktuellt kunskapsläge gällande närbesläktade områden, så som närståendes behov under intensivvård samt vårdpersonals attityder och erfarenheter gällande närståendes delaktighet inom intensivvård.

I en studie från Storbritannien intervjuades intensivvårdssjuksköterskor och sjuksköterskor på en akutmottagning angående hur de upplevde överlämnandet av kritiskt sjuk patient. Det framkom att såväl sjuksköterskor från akutmottagning som intensivvårdssjuksköterskor beskrev överlämnandet av kritiskt sjuk patient som en process där de ansåg helheten viktig för kontinuiteten i patientens vård. Dock saknades struktur då sjuksköterskor hade olika tillvägagångssätt vid överlämningen till intensivvårdsavdelning (McFetridge et.al., 2007).

En kanadensisk studie, vilken syftar till att beskriva vårdpersonalens attityder gällande närståendes närvaro vid rond på patientsal, visade att 50% av de 95 tillfrågade sjuksköterskorna motsatte sig att närstående närvarade vid rond. De ansåg att närståendes närvaro förlängde tiden för rond, försämrade möjligheten till interprofessionellt lärande samt minskade möjligheten att diskutera negativ information. Erfarna sjuksköterskor motsatte sig närståendes närvaro i högre grad än oerfarna sjuksköterskor (Santiago, Lazar, Jiang & Burns, 2013)

Studier utförda på närståendes upplevelser av detsamma visar att närvaro vid ronder och akuta situationer hade en positiv inverkan på närståendes välbefinnande (Johansson, Fridlund, Hildingh, 2005). I en svensk studie från 2004 intervjuades närstående om sina upplevelser under intensivvårdstiden. Resultatet visade att närstående hyste rädsla och oro inför framtiden, att få vara nära sin närstående var mycket viktigt och det enskilt viktigaste i stunden (Engström & Söderberg, 2004). En studie från Australien visade att närstående vilka intervjuats om sina upplevelser under intensivvårdstiden upplevde ett behov av närhet till patienten samt att intensivvårdssjuksköterskans fysiska och emotionella närvaro var betydelsefull (Walters, 1995).

Utifrån tidigare forskning har ett mätinstrument skapats för att mäta närståendes mer konkreta behov under intensivvård - Critical Care Family Need Inventory (CCFNI). Instrumentet har utvecklats vidare till att mäta 45 behov hos närstående. I en studie från Hong Kong användes instrumentet för att mäta närståendes akuta behov under intensivvård hos vuxna intensivvårdspatienter. Hos de 40 deltagarna var, rangordnat efter det viktigaste behovet, de tio viktigaste akuta behoven att; få veta den förväntade prognosen; att få sina frågor besvarade ärligt; bli kontaktad i hemmet om patientens tillstånd förändrades; få veta den medicinska behandlingen; få veta specifika uppgifter om patientens tillfrisknande; att uppleva att vårdpersonalen tar hand om patienten; få information om patientens tillstånd minst 1 gång per dygn samt att få förklarat på ett begripligt sätt och få prata med läkare dagligen (Lee & Lau, 2003).

Stress och oro drabbar ofta den närstående på intensivvårdsavdelningar då patienten ofta befinner sig i ett livshotande tillstånd (Obringer, Hilgenberg & Booker, 2012). Obringer et. al. (2012) menar att närstående på IVA har som främsta behov att försäkras om att patienten får

den bästa tillgängliga vården, att deras frågor alltid blir besvarade ärligt, att de blir kontaktade vid förändrat tillstånd, att de får veta den förväntade prognosen och att de får kännedom om den medicinska behandlingen. Behovet av stöd visade sig vara lägst prioriterat för de närstående (Obringer et.al., 2012).

2007 publicerades 43 rekommendationer för hälso- och sjukvårdspersonal med syfte att möta och tillgodose närstående behov på intensivvårdsavdelningar av The American College of Critical Care Medicine. Rekommendationerna handlar dels om att tidigt och upprepande hålla ett samarbete med den närstående i omvårdnaden för att minska den närstående stress och främja kontinuerlig kommunikation med den närstående. Rekommendationerna uppmanar också hälso- och sjukvårdspersonal att värdesätta kulturella önskemål och att närstående ska erbjudas möjlighet att delta vid ronder och återupplivning samt att närstående ska erbjudas flexibla besökstider och få stöd före, under och efter dödsfall (Davidson, 2007). Det saknas dock forskning på hur tillämpningen av dessa rekommendationer efterföljs av hälso- och sjukvårdspersonal.

I en studie av Gaeni, Farahani, Seyedfatemi & Mohammadi (2014) intervjuades närstående på IVA och intensivvårdssjuksköterskor med syfte att beskriva deras perspektiv om informationsstöd. Det framkom att närstående sökte upprepande information från olika hälso- och sjukvårdspersonal om patientens tillstånd så fort de anlände till IVA. Närstående sökte ärlig och så fullständig information som möjligt om patienten. Några närstående sökte också mer generell information om utrustning och praktisk information i miljön på IVA. Det framkom att intensivvårdssjuksköterskor ibland höll tillbaka information till den närstående med hänsyn till den närståendes mentala och känslomässiga tillstånd, patientens instabilitet, vilken information läkare hade givit till den närstående och olika faktorer i organisationen. Intensivvårdssjuksköterskor upplevde ibland motsägelser med läkare avseende informationen till närstående till följd av bristande kommunikation dem emellan vilket kunde göra intensivvårdssjuksköterskor omotiverade att tillgodose närstående med information. Närstående upplevde att empati och stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen kunde hjälpa dem att hantera situationen då patienten var kritiskt sjuk. Närstående upplevde att om hälso- och sjukvårdspersonal visade artighet och empati hade det en positiv effekt på den närstående (Gaeni et.al., 2014).

Problemformulering

Det är känt att närståendes närvaro vid allvarliga situationer har en positiv inverkan på närståendes välbefinnande och hjälper dem ta kritiska beslut rörande patienten. Hur närstående upplever den första kontakten med intensivvården, vid inläggning av kritiskt sjuk patient, finns ej beskrivet i litteraturen. Tidigare forskning beskriver endast närståendes upplevelser och behov under den period den sjuke vårdas på IVA, det vill säga ej specifikt i samband med inläggning. Att tillgodose närståendes behov är en del av intensivvårdssjuksköterskans arbete. En ökad kunskap kring vad närstående upplever som viktigt vid ankomst till IVA kan tänkas leda till ett bättre bemötande från intensivvårdssjuksköterskan, skapa förutsättningar att tillgodose närståendes behov samt vara ett stöd i den stressade situation som den närstående befinner sig i.

Syfte

Att beskriva närståendes upplevelser av situationen i samband med inläggning av kritiskt sjuk patient på intensivvårdsavdelning.

Metod

Design

För att besvara syftet valdes en kvalitativ forskningsansats med deskriptiv karaktär. Denna metod är lämplig att använda när forskaren avser beskriva ett fenomen utifrån deltagarnas upplevelser (Polit & Beck, 2012).

Halvstrukturerade intervjuer innebär att forskaren försöker förstå innebörden i deltagarnas upplevda vardag, inspirerat av fenomenologin. Forskaren har vid halvstrukturerade intervjuer en frågeställning vilken han eller hon önskar få besvarad och använder således en intervjuteknik där deltagaren till viss del blir styrd genom vissa förutbestämda frågor. Avsikten får dock inte vara att ha ett helt slutet frågeformulär utan en balansgång eftersträvas (Kvale & Brinkmann, 2014).

Urval och datainsamling

Deltagarna var närstående till patienter som blivit inlagda på en intensivvårdsavdelning på ett universitetssjukhus inom Västra Götalandsregionen. Vårdenhetschefen på den aktuella intensivvårdsavdelningen gav samtycke till projektets genomförande efter att ha erhållit skriftlig och muntlig information om projektet. Rekrytering av deltagare pågick under tio veckor under vårterminen 2015 och deltagarna identifierades av olika platsansvariga intensivvårdssjuksköterskor på avdelningen samt via avdelningens återbesöksmottagning. Intensivvårdssjuksköterskorna hade fått tydliga instruktioner om projektet och dess inklusions- och exklusionskriterier och gav tilldelad forskningspersons informationsblankett (Se bilaga 1) till de närstående som fick ge muntligt samtycke till att bli kontaktade för en intervju.

Inklusionskriterier var att den närstående var svensktalande, över 18 år och hade varit med vid sin partners inläggning på IVA. Närstående som var med vid inläggning från en annan intensivvårdsavdelning blev exkluderade. Även närstående vars anhörig hade avlidit exkluderades med hänsyn till den närståendes sorgeprocess.

Under den aktuella perioden identifierades 11 stycken närstående som tillfrågades om de önskade delta i studien. Tre stycken tackade i ett senare skede nej till att bli intervjuade och tre stycken uttryckte en påfrestande situation och ville avvakta för att senare ge besked. Dessa hörde sedan inte av sig och bedömdes därför inte vilja delta. Totalt fem deltagare gav muntligt samtycke till studiens genomförande. Två av dem identifierades i samband med inläggning på intensivvårdsavdelningen och tre i samband med återbesök på IVAs återbesöksmottagning. En av deltagarnas anhörig hade avlidit i samband med intervjun. Detta uppmärksammades först efter att deltagaren blivit tillfrågad och godkänt samtycke till att delta, denna deltagare inkluderades dock i projektet då det var deltagarens egna starka vilja att medverka.

Av de fem deltagarna var fyra av kvinnligt och en av manligt kön. Deltagarna var 44, 48, 69, 76 och 83 år gamla. Gemensamt för deltagarna var att den sjuke var deras livspartner och att alla varit med vid inläggningen på IVA. Gemensamt för deltagarna var också att deras partner hade drabbats av ett akut insjuknande som var livshotande. En av deltagarna hade sjukvårdsutbildning samt arbetslivserfarenhet från sjukvården. Inläggningsorsakerna på IVA var cirkulatorisk svikt (n=3), respiratorisk svikt (n=1) och neurologisk svikt (n=1). Antal dagar som hade passerat från inläggningen på IVA till dess att intervjun utfördes var 13, 24,

100, 122 samt 124 dagar. Intervjuerna utfördes avskilt i hemmet, på deltagarens arbetsplats eller i anslutning till intensivvårdsavdelningen utifrån informantens önskemål.

Data samlades in genom halvstrukturerade intervjuer av öppen karaktär, innehållande några förutbestämda öppna frågor (Se bilaga 2). Intervjufrågorna hade inledningsvis testats gemensamt av båda författarna i en första pilotintervju. Denna pilotintervju gav så pass rik data att den senare inkluderades i projektet. Målet var att deltagarna i så stor utsträckning som möjligt fick berätta fritt med egna ord om deras upplevelser, med en del följdfrågor riktade mot projektets syfte. Följdfrågorna varierade beroende på vad som framkom under intervjun. Intervjuerna spelades in med bandspelare och transkriberades ordagrant till text. Intervjuerna varade mellan ca 25-45 minuter (median 35 minuter) och genererade 48 A4-sidor transkriberad text.

Dataanalys

Texterna bearbetades genom en induktiv kvalitativ innehållsanalys. Tolkningen sker då förutsättningslöst och strategin blir att koda data för att identifiera mönster som sedan formuleras med potentiella förklaringar (Kvale & Brinkmann, 2014).

Analysen utgick från Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys. Inledningsvis lästes texterna gemensamt i sin helhet. Data som svarade mot syftet identifierades och markerades som meningsenheter vilka kondenserades till kortare text och kodades. Skillnader och likheter identifierades och koder kategoriserades. Den inledande analysfasen utfördes gemensamt på ett systematiskt och manifest sätt. Ett manifest förhållningssätt innebär att texten bearbetas utifrån det som faktiskt står skrivet. Nästa steg i analysen resulterade i tre övergripande teman där analysprocessen övergick i ett mer latent förhållningssätt där forskaren tillåts använda sin förförståelse för att tolka innebörden av texten (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1: Exempel på analysens gång

| Meningsenheter | Kondenserade meningsenheter | Kod | Kategori | Tema |
|---|---|-----------------|--|--------------------------------|
| Det är lite svårt med tidsuppfattningen i ett sådant läge, man är ju liksom lite blurrig i huvudet... | Svårt med tidsuppfattningen, blurrig i huvudet | Tidsuppfattning | Att tappa tiden | En upp- och nedvänd verklighet |
| Nej, det kändes tryggt, för de sa att vi hämtar er om det är någonting och det litade jag ju på. | Kändes tryggt att bli hämtad om det var något, litade på det. | Trygghet | Att tro på framtiden och vara trygg i nuet | Nya behov och prioriteringar |

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik handlar om att väga fördelar med ny kunskap mot eventuella risker forskningen kan innebära för forskningspersoner. Projektets forskningsetiska utgångspunkt har baserats på Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) och dess forskningsetiska krav.

En grundläggande forskningsetisk utgångspunkt är att ta hänsyn till individskyddskravet som innebär att individer inte får utsättas för fysisk eller psykisk skada, förödmjukelse eller kränkning (Vetenskapsrådet, 2002). En risk med att intervjua personer som varit med sin närstående under ett akut insjuknande och sannolikt upplevt en påfrestande situation kan vara att oväntade känslor och minnen från händelsen framträder. Intervjun kan dock ge möjlighet att bearbeta känslor och kan på så sätt upplevas som vårdande. Om informanten skulle upplevt intervjun som negativ eller påfrestande hade det varit på sin plats att påminna personen om möjligheten att avbryta intervjun.

Informationskravet handlar om att deltagare i en studie ska ha fått kännedom om studiens syfte samt information om genomförande, vilket deltagarna i projektet fick i form av en forskningspersonsinformationsblankett (Se bilaga 1). De erbjöds i samband med detta att ställa frågor om projektet. Samtyckeskravet handlar om att deltagarna själva har rätt att avgöra om de vill delta eller inte samt att de när som helst har rätt att avbryta sitt deltagande. Muntligt godkännande krävdes för att få delta i projektet. Konfidentialitetskravet handlar om att garantera deltagarna att allt material är aidentifierat och inte kommer kunna härledas till deltagaren som individ, samt att obehöriga inte kommer kunna ta del av materialet. Av den anledningen är allt intervjumaterial i detta projekt aidentifierat och presenteras på ett sätt som ej ska kunna härledas till någon specifik person. Nyttjandekravet handlar om att insamlad data endast får användas till forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2002). Det insamlade materialet är enbart avsett för den här magisteruppsatsen vilken avser sprida ny kunskap om problemområdet. Allt övrigt material kommer förstöras efter avslutat projekt.

Resultat

Nio kategorier vilka resulterade i tre teman framträdde vid analys av insamlad data.

Tabell 2: Överskådlig bild över kategorier och teman

| Kategori | Tema |
|---|--|
| Att tappa tiden Att förneka Att inte minnas | En upp- och nedvänd verklighet |
| Att samla kraft Att vara nära Att tro på framtiden och vara trygg i nuet | Nya behov och prioriteringar |
| Att slåss mot klockan Att förvånas över omgivningen Att möta medicinsk utrustning | En ensam väntan tillsammans i en främmande miljö |

En upp- och nedvänd verklighet

Gemensamt för alla informanter var att de initialt befann sig i en känsla av överklighet vilket beskrevs som att vara "blurrig i huvudet", att befinna sig i en bubbla skild från den verkliga världen, att allting var upp och ned och att inte veta var man befann sig eller varför. Att tro att ens närstående skulle komma att mista livet var tumultartat och traumatiskt och reaktionerna på dessa känslor skilde sig åt mellan informanterna. En informant reagerade fysiskt med skakningar och fick hjälp av personal på avdelningen att stävja dessa med lugnande läkemedel, en annan informant efterfrågade mycket information och fakta för att kunna hantera sin situation. Att se sin närstående uppkopplad och ansluten till ventilator uppfattades skrämmande och en informant uttryckte en önskan om att förvarnas om utrustningen innan man gick in i intensivvårdsrummet. Att få besked om att den sjukas tillstånd stabiliserats bidrog till att den tumultartade känslan tonades ned något.

"Åh jag, jag vet inte hur jag reagerade men det kändes som att jag var i en bubbla."

"Allting var ju liksom upp och ned."

Att tappa tiden

Flera informanter beskrev att deras tidsuppfattning förändrades under den akuta fasen av sjukdomsförloppet, såväl prehospitalt som efter ankomst till IVA. Tiden upplevdes passera fortare än vanligt men samtidigt ha stannat upp och ett par deltagare uppgav att de inte hade någon uppfattning alls om hur mycket tid som passerade under den första, kritiska tiden. En deltagare beskrev att den förändrade tidsuppfattningen var nära kopplad till känslan av överklighet och att inte vara klar i huvudet.

"Jag har svårt att säga hur länge jag satt och väntade där liksom först"

Att förneka

Det var svårt för informanterna att förstå situationens allvar och flera informanter beskrev att de trängde undan eller valde att inte ta till sig det faktum att deras närstående var livshotande

sjuk. Att personalen påkallade informanternas uppmärksamhet och uttryckte att det vore bra om de befann sig nära underlättade för att förstå situationens karaktär och att se den sjuke i sängen kopplad till övervakningsutrustning hade samma effekt. En informant beskrev att det stundtals kändes obekvämt att befinna sig i rummet och att denne valde att gå ut för att få vara ifred med sina tankar.

*“Så kändes det som att det kan inte vara sanning.. så illa kan det inte vara.
Förnekelsestadium på något sätt.. så jag blev bara stum”*

Att inte minnas

Informanterna uttryckte svårigheter att minnas detaljer från den första tiden på IVA samt från det prehospitla omhändertagandet. Muntlig information given av personalen glömdes bort och det var svårt att minnas i vilken ordning saker och ting skedde. Det var svårt att skilja på vilken yrkeskategori personalen tillhörde, dock nämndes vid vissa tillfällen namn på de läkare som haft en framträdande roll vid det initiala omhändertagandet. Flera deltagare kunde minnas hur interiören såg ut på den plats de ombads vänta medan den sjuke installerades på salen, dock uttryckte de att de inte kunde minnas om de kom före patienten till avdelningen eller vice versa. Tidpunkter och dagar för specifika händelser, så som läkarsamtal och dylikt, flöt samman och en informant beskrev hur vissa detaljer kring då den sjuke anlände till avdelningen helt hade försvunnit ur minnet.

“Jag har glömt när de kom med sängen och jag är ju inte glömsk annars, men när de kom med sängen, det har jag glömt... Jag kommer väl ihåg bara att jag såg honom först inne på rummet... det är konstigt.”

Nya behov och prioriteringar

Flertalet informanter beskrev hur de egna behoven sattes åt sidan under den initiala, kritiska fasen. Att se till sina egna basala behov så som sömn och näring blev sekundärt och något som glömdes bort helt, det var inte ett aktivt val att sätta sig själv åt sidan utan det skedde automatiskt. Gemensamt för alla informanter var att den sjukes behov av vård sattes i första rummet och det fanns en förståelse för att den närståendes behov fick stå tillbaka även ur vårdpersonalens synvinkel. Det var acceptabelt att behöva vänta på stöd och information, det uppfattades som att den sjuke kunde komma att avlida om vårdpersonalen flyttade sitt fokus från den sjuke och vården av denne. Så länge informanterna kunde se att vårdpersonalen “gjorde något” med den sjuke gick det bra att vänta.

“Jag tänkte ju inte på mig själv. Man struntar i att jag egentligen inte hade fått någon middag och så, det tänkte jag ju inte utan det var andra som fick fråga mig om det. Det viktigaste var ju att få reda på honom.”

Att samla kraft

En deltagare beskrev hungerskänslor under väntan på information kring den sjukes tillstånd, och att dessa stillades genom att inhandla mat i en automat på sjukhuset. Övriga informanter delade uppfattningen att känslor som hunger och törst saknades under den första kritiska tiden på IVA. Personalen uppmanade informanterna att äta och dricka och ordnade smörgåsar och dryck åt dem, vilket uppskattades av alla informanter. Behovet av näring blev tydligt för informanterna först då någon annan påminde dem om att de behövde äta och dricka för att

orka med den påfrestande situation de befann sig i. Det beskrevs som en välbehövlig paus och ett tillfälle att få varva ned att få sätta sig med en kopp kaffe utanför intensivvårdsrummet. Det var acceptabelt att vila och återhämta sig under mycket enkla former, exempelvis på ett par plaststolar i en korridor, eftersom det viktigaste var att vara nära den sjuke och att dennes behov prioriterades. Flera av informanterna beskrev att personalen upprepade gånger uppmanade dem att vila och sova för att må bättre med den första tiden på IVA.

“Du måste äta, du måste sova, du måste dricka annars orkar du inte detta.”

Att vara nära

Informanterna uttryckte en önskan om att få vara nära den sjuke och att få sitta bredvid sängen och se att personalen arbetade. Det var viktigt att få vara kvar på avdelningen den första tiden innan informanterna kände sig säkra på att den värsta faran var över för den sjuke. En informant beskrev att personalen bad de närstående gå ut ur rummet under vissa procedurer men att det fanns en förståelse för detta och att det därför inte kändes påfrestande att behöva lämna rummet. Informanten antog att personalen skulle utföra åtgärder med den sjuke, som ej var lämpade för de närståendes ögon att se. Att få sitta nära den sjuke, trots att den personen var nedsövd och eventuellt inte medveten om den närståendes närvaro, var av stor vikt och skapade en trygghet även efter vårdtiden. Den egna vetskapen om att man funnits vid den sjukes sida hade en tröstande effekt i efterförloppet och bearbetandet av situationen. Att personalen uppmanade informanterna om att röra vid den sjuke och tala med henne eller honom som vanligt upplevdes tröstande och lugnande. Det upplevdes positivt att personaltätheten på IVA var hög och att det alltid fanns personal på salen, både i händelse av något oväntat men också för tillgängligheten att ställa frågor. En informant beskrev att det å andra sidan kunde uppfattas som påfrestande att alltid ha en personal hos sig, eftersom det fanns ett behov av att vara ensam med sina tankar. Däremot önskade denna informant att det skulle gå att hämta någon ur personalen för stödsamtal i de stunder det behövdes. Två informanter beskrev att gemenskapen med övriga familjemedlemmar hade stor betydelse under den första kaotiska tiden på IVA.

“Men just att få sitta där hela dagen och vara där och finnas där.. även om inte han vet det att jag var där, så var jag där.”

“Han var ju där och såg i alla fall ut som vanligt höll jag på att säga, eller som att han sov. Så att det kändes ju skönt.. att han levde.”

“Det kan ju vara jobbigt på ett sätt när man har personal hos sig hela tiden, för man kanske vill vara ensam också.”

Att tro på framtiden och vara trygg i nuet

En gemensam nämnare för samtliga informanter var att de kände sig trygga med personalen på IVA. Att se att personalen arbetade för fullt med den sjuke, att känna sig välkomnad och viktig, att bli uppmärksammad och att personalen behöll sitt lugn bidrog till denna känsla av trygghet. Att se att personalen arbetade hårt bidrog till att informanterna ställde färre frågor, eftersom de litade på att allt gick rätt till. De stunder informanterna lämnade avdelningen för att exempelvis äta eller sova, kändes det tryggt om personalen försäkrat dem om att de skulle höra av sig om något oväntat tillstötte. Ett par av informanterna hade tidigare erfarenheter av att deras närstående vårdades på sjukhus, dock ej på intensivvårdsavdelning, och litade således till att det skulle gå bra för den sjuke även denna gång eftersom det gjort så tidigare.

Att få ärliga svar från personalen skapade en känsla av tillit och rak kommunikation uppskattades av informanterna. Gemensamt för dem alla var att ankomsten till sjukhuset och i synnerhet IVA bidrog till känslan av att äntligen få hjälp och en förhoppning om att den traumatiska situationen skulle få ett lyckligt slut.

“Ja, i och med att vi varit inne förut.. Jag kände att nu är vi här, nu kan vi få hjälp. Och jag var inte ledsen när jag satt där någon gång för jag tänkte det här ordnar sig, det här fixar sig.”

“Det kändes tryggt för dem så att vi hämtar er om det är någonting.. och det litade jag ju på”

“Det upplevde jag ju som positivt.. att här kan man känna sig trygg.. här är ju alltid patienterna övervakade”

“Och det är ju också rent allmänt min känsla eller upplevelse av intensivvårdsavdelningen att.. att det är duktigt folk och att i och med att det är organiserat så att det alltid är folk på plats i rummen så finns det alltid någon att fråga.”

En ensam väntan tillsammans i en främmande miljö

Samtliga informanter kunde i detalj beskriva hur den fysiska miljön på IVA såg ut och då i synnerhet det rum där de ombads att vänta medan den sjuke installerades på rummet. En informant ansåg att avdelningen gav ett sterilt intryck men trodde att det inte heller gick att skapa en hemtrevlig miljö på en sådan plats. Flertalet deltagare beskrev att de till en början var ensamma i det rum som var avsett för närstående men att det senare anslöt andra personer och att rummet då uppfattades som mycket trångt. Att dela denna plats för väntan med andra okända människor var varken positivt eller negativt, en informant beskrev att det var skönt att befinna sig i samma situation som någon annan och att det gick att tala om sorg och rädsla. En informant skapade en nära vänskapsrelation med en tidigare okänd person, en relation vilken kom att betyda mycket på ett känslomässigt plan, under resten av vårdtiden och därefter. En informant kände sig instängd i då denne lämnades ensam i ett litet rum och någon stängde dörren utifrån, informanten öppnade då dörren igen för att inte bli avskärmad från resten av omvärlden.

“Fick besked om att han inte hade kommit än, så du får sitta här så länge. Och då blev jag ju lämnad ensam där också men det är väl klart att ingen har väl kanske tid att sitta där med mig.”

“Jag har för mig att jag inte var med när de kopplade in respiratorn och så utan att de bad mig vänta i några minuter.. i rummet längst ned, ett litet rum med två fåtöljer i. Det kändes okej, det tycker jag, det gjorde det.”

Att slåss mot klockan

En gemensam upplevelse hos informanterna var att det var bråttom att ta hand om den sjuke och att personalen arbetade fort och effektivt. Känslan av att den sjuke blivit högt prioriterad sedan ankomsten till sjukhuset bidrog till upplevelsen av en kamp mot klockan. Strax efter ankomst till sjukhuset och till IVA skedde många saker, så som röntgenundersökningar och andra interventioner, varefter läget tycktes bli lugnare och övergick till ett stadium där övervakning var första prioritet och där det inte längre hände så mycket kring den sjuke. I detta skede var information av stor vikt.

“Det var attention kopplat till henne hela tiden, det tror jag är det viktigaste, att man ser att det liksom jobbas med henne. Att man ser att det händer saker så man inte tror att klockan går och det blir mer och mer skador liksom”

“Det var ganska tomt där en rätt lång stund... men sedan så kom det någon och sa att det var på gång liksom... men jag uppfattade det som att de var väldigt angelägna om att behandla honom om man säger, det var deras prioritering. För mig var det som att han kunde gå bort liksom så för mig... jag hade inte svårt att ta det liksom.”

Att förvånas över omgivningen

Flera informanter uttryckte förvåning över att det var få människor som rörde sig i korridorerna på IVA och att ljudnivån på avdelningen generellt var låg. Informanterna hade en annan uppfattning med sig sedan innan, trots att flera av dem aldrig tidigare vistats på en IVA. Ett par deltagare drog paralleller till vad de sett på tv och i filmer och berättade att de trodde att verkligheten skulle se likadan ut, med en mer kaosartad tillvaro med höga ljudnivåer och mycket spring i korridorerna. Den låga ljudnivån och det generella lugnet hade en lugnande effekt på vissa av informanterna, medan andra förstod att mycket skedde bakom stängda dörrar och således funderade över detta.

“Det var ju liksom ställ med mediciner och apparater, det är ju bara sådant man ser på tv på ‘Emergency room’ och såhär. Där är det ett mer rassel i korridorerna, det var det inte här. Alltså det var väldigt lugnt på utsidan och sedan kan jag ju förstå att det blir rassel där inne när det händer saker då, men jag tyckte det var lugnt.”

Att möta medicinsk utrustning

Att se den sjuke kopplad till diverse medicinteknisk utrustning hade både en lugnande och en skrämmande effekt, det upplevdes positivt då personalen förklarade de olika apparaternas betydelse och hur de fungerade. En informant kände igen apparatur från olika tv-program. Att se att personalen arbetade med utrustningen och läste av parametrar och ändrade inställningar bidrog till känslan av att personalen gjorde allt de kunde för den sjuke, vilket bidrog till en känsla av trygghet.

“För det hade jag nog inte tänkt mig så mycket apparater. Det var nog det som slog emot mig”

Diskussion

Metoddiskussion

Kvalitativ metod med öppna intervjufrågor lämpar sig väl för att beskriva upplevelser som fenomen då informanten ges möjligheten att själv uttrycka sig. Det är inte forskarens avsikt att tala om hur informanterna upplever ett fenomen utan forskaren söker en djupare förståelse för hur fenomenet upplevs. Kvantitativ forskning är inte lämpligt i det här sammanhanget när avsikten är att studera upplevelser av ett fenomen och inte att söka efter ett kvantifierbart resultat (Polit & Beck, 2012).

Fördelen med halvstrukturerade intervjuer med vissa förutbestämda intervjufrågor kan vara att homogeniteten i insamlad data ökar. Risken kan dock vara att intervjuaren blir mindre flexibel vad gäller ordningsföljden på frågorna vilket kan leda till att frågorna kan uppfattas på olika sätt hos deltagarna vilket skulle kunna leda till en minskad homogenitet (Forsberg & Wengström, 2013). Ingen av författarna hade tidigare erfarenhet av att utföra intervjuer, dock är en av projektets styrkor att författarna gemensamt gjorde en pilotintervju och då testade intervjufrågorna med en person som hade varit med sin kritiskt sjuka närstående inledningsvis vid ankomst till en intensivvårdsavdelning.

En nackdel med att flera olika personer har bistått med att identifiera projektdeltagare kan vara att information om studien förmedlas på olika sätt så att lämpliga och möjliga deltagare inte identifieras och tillfrågas. Genom att fortlöpande ha kontakt med de personer på IVA som ansvarade för att identifiera och tillfråga lämpliga deltagare, försökte författarna undvika denna nackdel. Under den aktuella perioden var det dock inte praktiskt möjligt att ha en annan strategi.

Syftet med ett strategiskt urval är att få ett rikt och varierat innehåll från deltagarna, vilket är en fördel inom kvalitativ metod (Forsberg & Wengström, 2013). Det kan tänkas ge en ökad variation och rikt datamaterial att inkludera närstående som nyligen upplevt situationen och närstående som har haft tid att bearbeta situationen då minnet påverkas under tid på olika sätt. Det var en spridd fördelning från ca två veckor till fyra månader som passerat för informanterna från händelsen till dess att intervjun utfördes. Ingen närstående ville delta i studien väldigt tätt inpå händelsen, på grund av den påfrestande situationen. Ur ett etiskt perspektiv kan det vara försvarbart att ta hänsyn till den närståendes initiala sårbarhet framför att eftersträva ett eventuellt mer varierat och rikt innehåll i datainsamlingen.

Det var en spridd fördelning på informanternas ålder från 44 år till 83 år, vilket bidrar till en variation av upplevelser då livserfarenheter ser olika ut under ens livstid. Gemensamt för informanterna var att deras livspartner var den kritiskt sjuke, resultatet hade kanske sett annorlunda ut om några av informanterna var förälder till ett kritiskt sjukt barn eller om informanterna själva var barn till sin kritiskt sjuke förälder. För att få en ännu mer rik data hade det behövts en längre period av datainsamling vilket inte var möjligt. En av informanterna var sjukvårdsutbildad och hade arbetslivserfarenhet från sjukvården vilket kan tänkas ha påverkat resultatet. Dock var intensivvårdsmiljön för den deltagaren en ny erfarenhet vilket på ett sätt kan tänkas ge en mer liknande förutsättning jämfört med övriga deltagare. Könsfördelningen hos informanterna var fyra kvinnor och en man. Ur ett genusperspektiv var spridningen av manligt respektive kvinnligt kön otillräckligt för att

spegla hela populationen. Kvinnor tenderade att lättare vilja ställa upp på att bli intervjuade. Likaså saknas spridning av etnisk bakgrund för att få en ökad variation. Bristande språkkunskaper kan försvåra genomförandet, dock var det ingen under den aktuella rekryteringsperioden som behövde exkluderas på grund av otillräckliga språkkunskaper. Den begränsade tidsåtgången hade försvårat möjligheten att tillgodose eventuella tolkbehov, om så varit fallet.

En av informanterna vars partner avlidit under vårdtiden exkluderas inte trots att det var tänkt som exklusionkriterium, med hänsyn till att skydda den närståendes sårbarhet och sorgearbete. Det var dock den närståendes egen vilja att ändå delta i studien, till viss del kan det tänkas påverka resultatet pga. den sorgprocess deltagaren befann sig i. Å andra sidan kan samtliga informanter förväntas befinna sig i mer eller mindre olika bearbetningsfaser efter en sådan påfrestande händelse som det innebär att ens närstående varit kritiskt sjuk, vilket kan tänkas ge en rik och varierad data.

En svaghet var att informanterna enbart rekryterades från en intensivvårdsavdelning. Det är möjligt att skillnader i rutiner, personalgrupper och frekvensen på inläggningar mellan olika intensivvårdsavdelningar kan variera och påverka närståendes upplevelser. Rekrytering från olika intensivvårdsavdelningar skulle kunna ha gett ett annat resultat. Den aktuella intensivvårdsavdelningen hade en hög frekvens av inläggningar av varierande inläggningsorsaker som kan sägas vara representativa för allmänna intensivvårdsavdelningar i Sverige.

Fyra av de fem intervjuerna utfördes på en plats utanför sjukhusmiljön. Fördelen kan tänkas vara att informanten känner sig mer jämlik intervjuaren, som har sina privata kläder och inte arbetskläder. Det kan tänkas leda till att informanten lättare öppnar sig och kan dela med sig av sina upplevelser. Risken med att spela in intervjuerna kan vara att informanten upplever det som ett störmoment och fokuserar på att samtalet spelas in vilket kan utgöra ett hinder för en rik konversation. Genom att försäkra informanten om att inspelningen enbart är till för intervjuaren som hjälp att minnas detaljer i samtalet och att inspelningen enbart kommer att lyssnas på av intervjuaren och därefter förstöras, gjordes ett försök att minimera denna risk.

Svårigheten under intervjuerna var att inte styra informanten för mycket genom riktade frågor men samtidigt få denne att hålla sig till kärnfrågorna. Balansgång eftersträvades av båda författarna under varje intervju. Då informanterna kommit olika långt i sin bearbetningsprocess efter händelsen var det oundvikligt att samtalet inte vid något tillfälle under intervjun gick åt en annan riktning. För att motverka detta förvarnades informanten om att denne skulle kunna komma bli avbruten och styrd tillbaka till kärnfrågorna under intervjun vid behov, men utifrån önskemål kunde andra saker diskuteras efter att intervjun var avslutad.

Inom kvalitativ forskning eftersträvas datamättnad, det vill säga när inga nya uppgifter står att finna gällande det som avses studeras. I detta projekt deltog fem informanter där majoriteten var kvinnor. Gemensamt var att deras livspartner var den sjuke. Inom kvantitativ forskning bedöms trovärdigheten genom studiens validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. I kvalitativ forskning kvalitetsbedöms studier ofta med hjälp av begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Marshall & Rossman, 2015). Kvalitativa studiers trovärdighet styrs av datainsamlingen och analysens giltighet, detta ställer krav på den person som utför exempelvis en intervju och förutsätter att analysprocessen genomförs på korrekt sätt.

Trovärdigheten i det här resultatet är att det är deltagarnas röst som analyserats och presenterats på ett sätt som speglar det deltagarna har sagt. Kvalitativ forskning avser svara på hur något kan upplevas och inte hur ofta något upplevs på ett visst sätt. En svaghet i det här projektet är att deltagarna är få, även för att vara en kvalitativ studie. Det saknas en bredare variation avseende relation mellan informanter och den kritiskt sjuke samt informanternas ålder för att dessa informanter ska vara representativa för hela populationen av närstående som vistas på intensivvårdsavdelningar. Tidstillgången för datainsamling gällande detta projekt var dock begränsad, vilket försvårade datainsamlingen. Resultatet kan anses som överförbart för gruppen kvinnor med en livspartner.

Då båda författarna sedan tidigare har erfarenhet från sjukvården och även vistats en del i intensivvårdsmiljön finns det en risk under analysens gång att innehållet i intervjun påverkats av egen förståelse. För att minimera denna risk har data analyserats induktivt och inledningsvis manifest, författarna ämnar då vara objektiva och extrahera innehållet i en berättelse. För att få en djupare förståelse har författarna sedan övergått till ett latent förhållningssätt vilket resulterade i övergripande teman. Avsikten var att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter. Ingen data som svarar mot syftet har exkluderats vid presentation av resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatdiskussion

Analysen visar att närstående till kritiskt sjuka patienter, vid det initiala omhändertagandet på IVA och 24 timmar därefter, upplever en förändrad världsbild och en känsla av överklighet. Detta gav sig uttryck genom förändrad tidsuppfattning, en ovilja eller oförmögenhet att förstå allvarlighetsgraden i det inträffade samt svårigheter att minnas detaljer och sortera intryck från den första tiden på IVA. Att se till sina egna basala behov, så som mat och vila, var svårt och informanterna uttryckte att det var uppskattat då andra personer påminde om dessa behov. Det upplevdes svårt att lämna sjukhuset och att vara nära den sjuke, antingen i intensivvårdsrummet eller i när anslutning till det, beskrevs som viktigt för informanterna. Samtliga informanter upplevde att de kände sig trygga med vårdpersonalen och att de litade till deras kompetens från första stund, denna upplevelse bidrog till en förhoppning om att allt skulle komma att ordna sig.

I projektets resultat framkommer att närstående upplever olika typer av överklighetskänslor under den första tiden på IVA, detta ger ett förvridet tidsperspektiv och svårigheter att minnas detaljer från förloppet samt i vilken ordning saker och ting har inträffat. Jamerson et al. (1996) beskriver i sin studie ett liknande tillstånd benämnt som *hovering*, vilket innebär att den närstående upplever en form av emotionell paralyt, till följd av rädsla, oro och en känsla av att bli överväldigad av situationen. Under denna period har den närstående en förändrad tidsuppfattning där olika händelser rörs samman. Enligt Jamerson et al. (1996) är det viktigaste för den närstående under den initiala tiden på IVA att få se den sjuke, för att kunna ta sig ur det första förvirrade tillståndet. Med tanke på vad som framkommit i resultatet och i enlighet med tidigare forskning kan det vara av nytta att i ett så tidigt skede som möjligt låta den närstående träffa den sjuke, för att minska påfrestningen det innebär att handskas med tidigare nämnda överklighetskänslor. Jamerson et al. (1996) menar att först efter att den närstående tagit sig ur tillståndet av *hovering* kan han eller hon börja bearbeta situationen och tillgodogöra sig information. Med det i åtanke skulle sjukvårdspersonalen kunna anpassa sin kommunikation med den närstående och avvakta med att ge viktig information tills dess att

den närstående hunnit landa något i situationen och således kan tillgodogöra sig information på ett mer adekvat sätt. Tiden från inläggning på IVA till tidpunkten för intervjun varierade mellan informanterna, dock var svårigheten att minnas detaljer och den förändrade tidsuppfattningen gemensam för informanterna. Detta fynd kan vara betydelsefullt i vårdpersonalens interaktion med närstående under den initiala tiden på IVA, då det kan tyda på att viktig information som ges tidigt i förloppet och upplevelser som skulle kunna vara viktiga för bearbetning av det psykiska traumat riskerar att falla bort.

Projektets resultat visar att närstående i första hand prioriterar att den sjuke får den vård den behöver och att de egna basala behoven så som vila och näring tenderar att glömmas bort i den tumultartade situationen. Lee & Lau (2003) och Obringer et. al. (2012) har i sina studier undersökt närståendes främsta behov under vårdtiden på intensivvårdsavdelning. De främsta behoven har visat sig handla om den sjukets tillstånd, att få information om prognos och planering samt att se att den sjuke får bästa möjliga vård. Således går det att anta att fenomenet att glömma bort sina egna basala behov är vanligt förekommande hos närstående till kritiskt sjuka patienter, vilket vårdpersonal bör ha i åtanke vid mötet med närstående. Behovet av stöd för den egna personen rangordnades långt ned på listan av behov (Obringer et. al., 2012), dock ingår det i intensivvårdssjuksköterskans arbetsuppgifter att värna om närstående och deras välbefinnande (ANIVA, 2012). Av den anledningen bör intensivvårdssjuksköterskan tidigt reflektera över den närståendes beteende gällande basala behov och stötta honom eller henne i egenvården och belysa vikten av vila, sömn och tillförsel av näring, samt följa upp hur den närstående tar till sig dessa råd.

Projektets resultat visar att närstående känner ett stort behov av att vara nära den sjuke. Att röra vid den sjuke och få vistas inne på intensivvårdsrummet gav den närstående trygghet såväl i situationen som i efterförloppet, då den närstående kunde tröstas av vetskapen om att de gjort allt de kunde för att finnas där för den sjuke. I de fall det uppstod väntan utanför intensivvårdsrummet var det viktigt att få vara kvar på avdelningen eller i nära anslutning till den, om något oväntat skulle inträffa. Detta fynd går hand i hand med Engström & Söderberg (2004) som i sin studie visar att det enskilt viktigaste för den närstående under intensivvårdstiden är närhet till den sjuke, vilket kan lindra den oro och ångest den närstående upplever i situationen. Att vara nära den sjuke för att kunna följa dennes utveckling var det viktigaste för närstående enligt McKiernan & McCarthy (2010), att vänta utanför intensivvårdsrummet var accepterat då det fanns en förståelse för att personalen då och då behövde utföra interventioner med den sjuke. Detta stämmer överrens med vad som framkommit i projektets resultat. Med tanke på att hovering är möjligt att ta sig ur först då den närstående får träffa den sjuke (Jamerson et. al., 1996) och projektets resultat visar att närstående upplever ett tillstånd vilket kan liknas vid hovering bör intensivvårdssjuksköterskan erbjuda närstående att så tidigt som möjligt träffa den sjuke samt spendera så mycket tid den närstående önskar inne i intensivvårdsrummet. I kritiska situationer så som återupplivningsförsök, intubation eller liknande kan det dock antas att den närstående har behov av stöd i situationen. Det skulle då kunna uppstå problem då personaltätheten på IVA av erfarenhet ibland är lägre än önskvärt och det av den anledningen kan vara svårt att avsätta en personal för att enbart ta hand om närstående på intensivvårdsrummet.

Intensivvårdsrummen har ofta begränsat med utrymme, vilket skulle kunna försvåra möjligheten att ha en närstående på rummet, i den händelse mycket personal krävs på salen.

Dock är det intensivvårdssjuksköterskans arbetsuppgift att skapa en lämplig miljö för den närstående (ANIVA, 2012), detta kan skapa problem då rummen i många fall är på gränsen till för små för att kunna utföra det arbete som krävs kring patienten. Rashid (2006) menar att delaktighet är av stor vikt för den närstående under intensivvård och att ett intensivvårdsrum där det finns avsatt plats för den närstående kan underlätta för dennes känsla av att vara delaktig. Johansson (2014) beskriver intensivvårdsrummet som fyllt av teknisk apparatur samlad på en liten yta, där ljudnivån är hög. De ljud vilka framstår som främmande för intensivvårdspatienten har visat sig vara de mest skrämmande och det skulle kunna vara så att detsamma gäller för närstående, vilket ställer krav på en ökad kommunikation mellan personal och närstående, för att på ett adekvat sätt kunna förklara apparaters arbetsuppgifter och ljudens betydelse. Denna möjlighet kan dock begränsas av det trånga utrymmet på salen och begränsad möjlighet till att avsätta personal för vård av närstående i en kritisk situation.

Informanterna i projektet beskrev att de upplevde trygghet tillsammans med sjukvårdspersonalen, att de litade till deras kompetens och till att de gjorde sitt allra bästa i vården av den sjuke. Gaeeni et. al. (2014) visar att närstående efterfrågar ärlig och rak kommunikation och att ett empatiskt förhållningssätt hos sjukvårdspersonalen kan hjälpa närstående att hantera den traumatiska situationen. McKiernan & McCarthy (2010) visar att närstående har ett behov av att lita till att personalen informerar dem om förändringar i den sjukes tillstånd, i de fall personalen gjorde så skapade det en känsla av trygghet hos den närstående. I ljuset av detta kan det vara av stor vikt att personalen tidigt i förloppet skapar goda förutsättningar för tillit hos den närstående genom att använda sig av rak och ärlig kommunikation och vara lyhörd för den närståendes önsknings och frågor. Fossum (2013) menar att god kommunikation är en förutsättning för att skapa en fungerande vårdrelation. En vårdrelation kan uppstå mellan såväl vårdare och patient som vårdare och närstående och kan beskrivas som en relation där målet är att behandla en utsatt person med respekt och värdighet. Hinder för detta kan vara stress hos antingen sändare eller mottagare av information (Fossum 2013). Det kan anses troligt att såväl närstående som personal upplever olika nivåer av stress under inläggningsfasen av en kritiskt sjuk patient, varpå detta skulle kunna vara ett hinder för att skapa en god vårdrelation.

Ett annat tänkbart problem kan vara att det ofta är en stor personalstyrka på IVA och att flera olika personer kan komma att vårda den sjuke under dennes vårdtid, vilket gör att en ny relation behöver byggas upp mellan sjuksköterska och närstående i varje nytt möte. Detta kan tänkas vara påfrestande för den närstående som då gång på gång får sin uppbyggda sfär av trygghet raserad och får börja om från ruta ett. Detta tänkbara problem kan vara svårt att finna en lösning på, dock skulle det kunna underlätta om intensivvårdssjuksköterskan har det i åtanke och är noga med att etablera en stabil kontakt med den närstående redan vid det första mötet. Att ta sig tid och sätta sig ned för ett samtal med den närstående skulle kunna vara ett sätt att skapa denna kontakt. Sahlsten (2008) menar att en god vårdrelation är en förutsättning för delaktighet i vården, Mitchell et. al. (2012) beskriver risken att närstående drabbas av posttraumatisk stress i samband med kritisk sjukdom i familjen samt att "rätt" information i "rätt" tid till viss del kan motverka detta. Enligt Sahlsten (2008) är information på en väl anpassad nivå och i lagom mängd ytterligare förutsättningar för delaktighet i vården. En bristande första kontakt mellan närstående och intensivvårdssjuksköterska skulle kunna äventyra förutsättningarna för en god vårdrelation och således påverka den närståendes mentala hälsa i efterförloppet, av den anledningen kan det vara av vikt för

intensivvårdssjuksköterskan att tidigt etablera en god kontakt med närstående för att skapa en grogrund för en god vårdrelation samt känsla av delaktighet.

I projektets resultat har det framkommit att närstående upplever trygghet och framtidstro då de ser att personalen arbetar hårt med den sjuke och att "något händer" kring honom eller henne, exempelvis olika typer av undersökningar. Resultatet visar att vikten av information kring patientens tillstånd tycks öka efter den första tumultartade tiden. Enligt Jamerson et. al. (1996) följs den initiala fasen av hovering av en fas där den närstående aktivt eftersöker information. De sjuksköterskor som bistod de närstående med adekvat information värdesattes högt, särskilt i de fall de närstående inte behövde efterfråga informationen utan fick den till sig spontant. Av egen erfarenhet tenderar informationsflödet att klinga av allt eftersom den sjukas tillstånd stabiliseras. Vårdpersonal tycks förse närstående med riklig information tidigt i förloppet. Det skulle kunna vara så att denna process blir omvänd och att den närstående skulle dra större nytta av att initialt få mindre men rak och tydlig information och senare i förloppet få ta del av en större informationsmassa rörande helhetsbilden av patientens tillstånd, prognos och planerad vård. Projektets resultat visar att närstående kan ha svårt att minnas information som givits tidigt i förloppet, detta skulle kunna motverkas genom att vårdpersonalen medvetet upprepar viktig information flertalet gånger och genom frågor försäkras sig om att informationen har gått fram och uppfattats på korrekt sätt.

Slutsats

Resultatet visar att det är en traumatisk och tumultartad upplevelse att närvara vid inläggning av en kritiskt sjuk närstående på IVA. Närstående hade initialt en förändrad verklighetsuppfattning till följd av det psykiska traumat, vilket gör att det kan vara svårt att tillgodogöra sig information under den första kritiska tiden. De egna basala behoven tenderade att glömmas bort och att vara nära den sjuke var det viktigaste i situationen. Att känna sig trygg med personalen var viktigt och denna trygghet uppnåddes med hjälp av god kommunikation och känslan av personalen brydde sig om den närstående så väl som den sjuke. För att skapa förutsättningar för närstående inom intensivvård att känna sig delaktiga i vården samt stötta närstående i hanteringen av det psykiska traumat situationen för med sig, bör vårdpersonal anpassa sin kommunikation och vara beredd på att information troligen behöver upprepas. Initialt kan informationen formas mot att behandla mestadels praktiska detaljer, exempelvis var de närstående kan sitta och vänta, för att senare bli mer specifik då den närstående hunnit samla sig något. Projektets resultat bekräftar tidigare forskning om närståendes erfarenheter av intensivvård men fokus har riktats mot en unik situation, inläggningsfasen, jämfört med tidigare studier. En fullskalig studie med ett bredare urval hade eventuellt gett ett annat resultat och kunnat bidra med ny kunskap, varpå genomförandet av en sådan studie rekommenderas.

Referenslista

- ANIVA Riksföreningen för anestesi och intensivvård och svensk sjuksköterskeförening (2012). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. Hämtad 2015-01-15, från http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf
- Burr, G. (2001). *Reaktioner och relationer i intensivvård: närståendes behov och sjuksköterskors kännedom om behoven*. Lund: Studentlitteratur.
- Clarke, D. (2014). *Vikten av sjuksköterskans bedömning i akutsjukvården*. I D. Clarke & A. Ketchell (Red.), *Att vårda akut sjuka vuxna: prioriteringar vid bedömning och omhändertagande*. (s. 23-54). Lund: Studentlitteratur.
- Davidson, J. E., & American College of Critical Care Medicine Task Force, S. o. C. C. M. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*, 35(2), 605-622.
- Engström, Å., Söderberg, S., Luleå University of, T., Nursing, Nursing, C., & Department of Health, S. (2004). The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 20(5), 299-308.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation och bemötande*. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande I vården*. (s. 25-49). Lund: Studentlitteratur.
- Gaeni, M., Farahani, M. A., Seyedfatemi, N., & Mohammadi, N. (2014). Informational Support to Family Members of Intensive Care Unit Patients: The Perspectives of Families and Nurses. *Global Journal of Health Science*, 7(2).
- Graneheim, U. H., Lundman, B., Umeå, u., Institutionen för, o., & Medicinska, f. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Harris, D., & Williams, G. (2012). *Resourcing Critical Care*. I D. Elliott, L. Aitken, W. Chaboyer & N. Australian College of Critical Care (Red.), *ACCCN's Critical Care Nursing*. (s. 17-34). Chatswood, N.S.W: Elsevier.

- Jamerson, P. A., Scheibmeir, M., Bott, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., & Cobb, A. K. (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, 25(6), 467-474.
- Johansson, I., Fridlund, B., Hildingh, C., Sektionen för hälsa och, s., Centrum för forskning om välfärd, h. o. i., & Högskolan i, H. (2005). What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care? *Nursing in critical care*, 10(6), 289-298.
- Johansson, L. (2014). *Being critically ill and surrounded by sound and noise. Patient experiences, staff awareness and future challenges*. (Dissertation/Thesis). Tillgänglig: <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/36757>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lee, L. Y. K., & Lau, Y. L. (2003). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 490-500.
- Lundberg, D. (2012). *Intensivvårdsetik*. I A. Larsson & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård*. (s. 18-26). Stockholm: Liber.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2015). *Designing qualitative research*. Thousand Oaks, California: SAGE.
- McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D., & Melby, V. (2007). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nursing in critical care*, 12(6), 261-269.
- McKiernan, M., & McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(5), 254-261.
- Mitchell, M., Wilson, D., & Wade, V. (2012). *Family and Cultural Care of the Critically Ill Patient*. I D. Elliott, L. Aitken, W. Chaboyer & N. Australian College of Critical Care (Red.), *ACCCN's Critical Care Nursing*. (s. 156-173). Chatswood, N.S.W: Elsevier.
- Obringer, K., Hilgenberg, C., & Booker, K. (2012). Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), 1651-1658.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Rashid, M. (2006). A decade of adult intensive care unit design: a study of the physical design features of the best-practice examples. *Critical Care Nursing Quarterly*, 29(4), 282.
- Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B. & Plos, K. (2008). An Analysis of the Concept of Patient Participation. *Nursing Forum*, 43(1), 2-11.
- Santiago, C., Lazar, L., Jiang, D., & Burns, K. E. A. (2014). A survey of the attitudes and perceptions of multidisciplinary team members towards family presence at bedside rounds in the intensive care unit. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 30(1), 13-21.
- SIR Svenska intensivvårdsregistret (2012). *SIR:s riktlinje för registrering och definition av vårdtillfälle inom intensivvård (IVA, TIVA och BIVA), samt definitioner av övriga vårdtyper (Postop, HIA och Övrig)*. Hämtad 2015-05-10, från http://icuregswe.org/Documents/Guidelines/Vardtillfalle_2012.pdf
- SIR Svenska intensivvårdsregistret (2014). *Årsrapporten 2013 bildarkiv, version 2, kaptiel 1*. Hämtad 2015-05-10, från <http://www.icuregswe.org/sv/Utdata/SIR-Arsrapport-2013/>
- SIR Svenska intensivvårdsregistret (2014). *Årsrapporten 2013 bildarkiv, version 2, kaptiel 3*. Hämtad 2015-05-10, från <http://www.icuregswe.org/sv/Utdata/SIR-Arsrapport-2013/>
- Walters, A. J. (1995). A hermeneutic study of the experiences of relatives of critically ill patients. *Journal of advanced nursing*, 22(5), 998-1005.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2015-01-15, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Wiklund Gustin, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- World Medical Association (2013). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical principles for Medical research involving Human Subjects*. Hämtad 2015-05-05, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Östlinder, G. (2004). *Närståendes behov: omvårdnad som akademiskt ämne III*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Bilaga 1



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund och syfte:

Det förekommer att svårt sjuka patienter blir inlagda på en intensivvårdsavdelning direkt från akutmottagning eller från vårdavdelning på grund av behov av avancerad vård och övervakning. Tidigare forskning visar att patientens närstående upplever ett stort behov av närhet och delaktighet under vårdtiden. Närståendes delaktighet under vårdtiden har också visat sig vara positiv för patientens välbefinnande men också för vårdpersonalen, som kan få information om patienten av någon som känner honom eller henne. Det finns i dagsläget ingen forskning som specifikt belyser närståendes upplevelser av att följa med en patient vid inläggning till intensivvårdsavdelning. Syftet med denna studie är därför att få en ökad kunskap om dina erfarenheter och upplevelser vid överlämning från akutmottagning eller vårdavdelning till intensivvårdsavdelning, för att i framtiden bättre kunna tillgodose närståendes behov.

Förfrågan om deltagande:

Du som är närstående och har följt med patient vid inläggning till intensivvårdsavdelning har blivit tillfrågad av intensivvårdssjuksköterska på intensivvårdsavdelningen om vi får kontakta dig. Först då har vi fått dina kontaktuppgifter.

Hur går studien till?

Om du väljer att delta i studien önskar vi göra en intervju med dig. Intervjun beräknas ta 30-60 minuter. Intervjuerna kommer utföras i ett avskilt rum på eller i anslutning till intensivvårdsavdelningen där din närstående har vårdats. Det kan bli aktuellt med intervju på annan plats om du så önskar. Intervjuerna spelas in för att sedan transkriberas till text. Texten bearbetas sedan med en kvalitativ analys.

Finns det några risker?

Känslomässiga reaktioner och minnen från en påfrestande situation kan uppkomma i samband med intervju, detta är individuellt och svårt att förutsäga. Om behov av ytterligare samtal kring vårdtiden uppstår, finns det möjlighet att prata med intensivvårdssjuksköterska i samband med ett återbesök till IVA.

Finns det några fördelar?

Att få berätta om dina erfarenheter kan upplevas som positivt för att bearbeta känslor. Förhoppningen är att dina erfarenheter och upplevelser ska kunna ge vårdpersonal en ökad kunskap och bättre kunna tillgodose närståendes behov i framtiden.



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Hantering av data och sekretess

Allt tillgängligt material kommer att avidentifieras och kommer inte kunna härledas till dig som person. Obehöriga kommer inte heller ha tillgång till materialet. Efter studiens genomförande kommer materialet förstöras. Dina uppgifter behandlas enligt Personuppgiftslagen (SFS1998:204).

Frivillighet

Deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta studien utan förklaring om du önskar. Din och din närståendes pågående och framtida vård och uppföljning kommer inte påverkas om du väljer att avbryta studien.

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultatet kommer att redovisas i en magisteruppsats på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet. För att ta del av resultatet eller om du har övriga frågor om studien får du gärna kontakta någon av oss.

Cie Ljusberg
Leg. sjuksköterska
gusrosci@student.gu.se

Joakim Norberg
Leg. sjuksköterska
gusunomujo@student.gu.se

Handledare:
Carina Sparud Lundin
Universitetslektor, docent
carina.s-lundin@fhs.gu.se

Bilaga 2

Intervjuguide

Syftet med det här projektet är att belysa dina upplevelser av situationen i samband med inläggning av din anhörig på IVA. Önskan är om du kan försöka fokusera på dina upplevelser från din ankomst till IVA till och med ca 24 timmar efter ankomst.

- 1) Kan du berätta hur du upplevde att gå med din anhörig till IVA?
- 2) Hur påverkade det dig?
- 3) Vad var viktigast för dig i den här situationen?
- 4) Fanns det något som du upplevde som positivt eller negativt?
- 5) Är det något som du anser kunde ha gjorts på något annat sätt?
- 6) Är det några andra upplevelser som du vill dela med dig av?

Bakgrundsdata:

- 1) Ålder?
- 2) Genus?
- 3) Relation?
- 4) Inläggningsorsak?
- 5) Socioekonomisk status?
- 6) Etnicitet?