EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2025:13

Patienters upplevelse av att vårdas i en intensivvårdsmiljö.

- En systematisk litteraturöversikt.

Sandra Johansson
Jenny Trenh Tran

HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Patienters upplevelse av att vårdas i en intensivvårdsmiljö. – En systematisk litteraturöversikt.
Författare:	Sandra Johansson och Jenny Trenh Tran
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot intensivvård
Handledare:	Jonas Karlsson
Examinator:	Åsa Israelsson-Skogsberg

Sammanfattning

Bakgrund: Intensivvård är en avancerad vård för de allra sjukaste patienterna och har till syfte att behandla och förebygga livshotande svikt i vitala organ. Intensivvården består av medicinteknisk utrustning och avancerade behandlingar som inte alltid är komplikationsfria, vilket kan medföra att patienter på en intensivvårdsavdelning blir mer sårbara. Vårdmiljöer omfattar fysiska-, symboliska- och sociala komponenter som vårdpersonal behöver beakta för att miljön ska upplevas som vårdande. Om miljömässiga barriärer finns som hindrar patienternas upplevelse av en vårdande vårdmiljö, behöver de synliggöras och reduceras, vilket stärker behovet av forskning som fokuserar på patienternas upplevelser av vårdmiljön. **Syfte:** Att belysa patienternas upplevelser av att vårdas i en intensivvårdsmiljö. **Metod:** Systematisk litteraturöversikt med kvalitativ och induktiv ansats med inspiration av Bettany-Saltikovs och McSherrys tematiska analysmetod. **Resultat:** Består av tre kategorier: *En subjektiv beskrivning av vårdmiljön, när vårdmiljön inte upplevs vårdande* och *när vårdmiljön upplevs vårdande* och 11 underkategorier. **Slutsats:** De grundläggande komponenterna som utgör kärnan i en vårdande vårdmiljö utgår från en holistisk vård och goda vårdrelationer. Följaktligen är kommunikation- och informationsutbytet, respekt samt empati fundamentet som möjliggör att patienter upplever vårdmiljön som vårdande och särskilt med beaktning för att vårdmiljön är en del av patienternas livsmiljö.

Nyckelord: *Intensivvårdsmiljö, intensivvård, vårdmiljö, vårdande, patienter, upplevelser, medicinteknisk utrustning, invasiva behandlingar*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1

BAKGRUND 1

Intensivvård 1

Att vårdas inom intensivvård 1

Den mänskliga sårbarheten på en intensivvårdsavdelning 2

Vårdmiljöer och vårdande miljöer 2

Vårdmiljö 3

Vårdande miljö 3

Intensivvårdsmiljön 3

PROBLEMFORMULERING 4

SYFTE 4

METOD 4

Design 4

Datainsamling 4

Sökstrategi 4

Databassökning 5

Urvalskriterier 6

Kvalitetsgranskning 6

Dataanalys 7

Förförståelse 8

Forskningsetiska överväganden 8

RESULTAT 9

En subjektiv beskrivning av vårdmiljön 9

Uppvaknandet och minnen 9

Nödvändigt ont 10

Omgivning och vårdutrymmen 11

Ljud och Ljus 11

När vårdmiljön inte upplevs vårdande 12

Existentiell kris 12

Maktlös och medveten 13

När ett bemötande leder till objektifiering 14

Barriärer för kommunikation 15

När vårdmiljön upplevs vårdande 15

Inkluderande kommunikation 15

Att bli påmind om det goda 16

Att bli bemött som människa 16

DISKUSSION 18

Metoddiskussion 18

Design 18

Datainsamling 18

Dataanalys 20

Resultatdiskussion 21
En subjektiv beskrivning av vårdmiljön 21
När vårdmiljön inte upplevs vårdande 22
När vårdmiljön upplevs vårdande 23
Att bli bemött som människa 23
Hållbar vård 24
SLUTSATSER ***24***
Kliniska implikationer **25**
REFERENSER ***26***
Bilagor
Bilaga 1: Sökmatris
Bilaga 2. JBI checklista
Bilaga 3. Artikelmatris

INLEDNING

Vårdmiljön på en intensivvårdsavdelning är utformad för att möjliggöra vård av hög kvalitet för patienter i kritiska tillstånd. Alla faktorer i vårdmiljön integreras och påverkas av och med varandra. Forskning visar att stressande vårdmiljöer kan ha en sekundär påverkan på kroppens fysiologiska svar som kan medföra ytterligare påfrestning och sårbarhet för patienter som kräver intensivvård (Bizek & Fontaine 2012, s. 16-17). På en intensivvårdsavdelning är det vanligt förekommande att patienter kan behöva uthärda störd sömn och vila samt ta del av interaktioner som sker med övriga patienter i samma vårdmiljö. Interaktioner i vårdmiljön kan således bidra till upplevelser som bristande integritet, ökad stress och sårbarhet (Bizek & Fontaine 2012, s. 16-17; Kim, Van der Heide, Van Rompay & Ludden 2024). Globalt vårdas omkring 5 miljoner människor på intensivvårdsavdelningar per år (European Society of Intensive Care Medicine ESICM, 2024), något som kan tänkas öka i förhållande till demografisk utveckling (Svenska Intensivvårdsregistret [SIR] 2024). Intensivvårdens kliniska praxis står i ständig utveckling (Bizek & Fontaine 2012, s. 16-17), vilket understryker behovet av ny forskning som belyser patientens perspektiv av den vårdande vårdmiljön på intensivvårdsavdelning.

BAKGRUND

Intensivvård

På sjukhus som tillhandahåller akutsjukvård tillhör intensivvårdsavdelningar den verksamhet som bedriver mest avancerad vård. Utöver det är intensivvård en vårdnivå som i många fall möjliggör att kritiskt sjuka patienter får förutsättningar till återhämtning och överlevnad. Den avancerade vården består av medicinteknisk utrustning med målsättning att behandla och/eller förebygga livshotande svikt i vitala organ (Clancy & Johnson 2023; Waydhas et al. 2023; Åkerman 2021, s. 473). Intensivvårdens verksamhet kräver en omfattande mängd resurser och hög personaltäthet i jämförelse med andra vårdavdelningar (Clancy & Johnson 2023; Waydhas et al. 2023). En optimal intensivvårdsavdelning ska ha lättillgängliga resurser som den kritiskt sjuka patienten är i behov av. Det avser tillgång till multidisciplinära team med specialistkompetens men det kan också vara tillgång till operationssalar och diagnostisk utrustning (Clancy & Johnson 2023). Intensivvårdens verksamhet kräver att all vårdpersonal besitter adekvat kompetens och att det finns ledningsansvariga läkare och sjuksköterskor på plats under en tydlig ledningsstruktur. En tydlig ledningsstruktur innebär att personalbemanningen motsvarar verksamhetens patientomfattning och att personalen är tillgänglig dygnets alla timmar, vilket krävs för att säkerställa god patientsäkerhet och vårdkvalité (Clancy & Johnson 2023; Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård & Svenska Intensivvårdssällskapet 2024; Valentin & Ferdinande 2011; Waydhas et al. 2023).

Att vårdas inom intensivvård

För att kvalificeras till intensivvård behöver patienten ha hotande eller observerbar svikt i vitala organ, men också vara i ett tillstånd som i ett medicinskt perspektiv går att häva (Castegren 2020, s. 13). Det kan ske genom kontinuerlig övervakning och/eller avancerad medicinsk behandling för lungor, hjärta, njurar eller andra vitala organ (Marshall et al. 2017). Det är vanligt förekommande att patienter på en intensivvårdsavdelning erhåller mekanisk ventilation, vilket är en avancerad medicinsk behandling som stödjer eller helt

tar över patientens andningsarbete. Mekanisk ventilation kan ske med hjälp av att en endotrakealtub placeras i patientens luftväg via mun eller näsa (Esteban et al. 1999) som i sin tur kan hämma patientens verbala kommunikationsförmåga (Holm & Dreyer 2018). En av det främsta anledningarna till inläggning på en intensivvårdsavdelning i ett internationellt perspektiv kan härledas till att patienten kräver invasiv blodtrycksmonitorering, som kan övervakas i realtid (Speed & Hardy 2024). Nationellt visar statistik att den främsta anledningen till inläggning på en intensivvårdsavdelning är till följd av att patienten kräver undersökning och observation (Svenska intensivvårdsregistret [SIR] 2025). Med hänsyn till att intensivvårdens övervakningsfunktioner är nödvändiga kan larmljud orsaka en fysiologisk och stressutlöst respons. Den fysiologiska responsen kan sekundärt leda till ökad hjärtfrekvens, sömnstörningar, ökad risk för delirium och förlänga patientens vårdtid (Morales-Cané et al. 2022). För patienter som är drabbade av sjukdomsprocesser med dålig prognos innan inläggning på en intensivvårdsavdelning, kan inte alltid effektiva och moderna intensivvårdsbehandlingar rädda patientens liv på ett meningsfullt sätt. Däremot skapar teknologins framväxt och ständiga utveckling förutsättningar för intensivvårdens verksamhet att rädda fler liv (Lundberg & Hvarfner 2020, s. 17).

Den mänskliga sårbarheten på en intensivvårdsavdelning

För patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning är smärta, oro och ångest normalt förekommande och dessvärre essentiellt för att säkerställa liv. Ibland är det ofrånkomligt att effekten av den medicintekniska utrustningen kan orsaka känslor av sårbarhet (Lundberg & Hvarfner 2020, s. 18). Begreppet sårbarhet kan definieras genom olika teorier och berör personliga- och samhälleliga faktorer. En stor del av befolkningen har någon gång i livet genomlevt svåra livssituationer, vilket gjort dem sårbara. Hur individen tolkar begreppet sårbarhet kan således bero på hälsa, sjukdom eller individens personliga upplevelser av samhällets resurser (Flaskerud & Winslow 1998; Havrilla 2017). Med hänsyn till att dagens intensivvård är så pass intensiv, blir patienter mer utsatta för sårbarhet (Forsberg 2021, s. 86; Kim et al. 2024). Traumatiska händelser som sker på en intensivvårdsavdelning bearbetas oftast inom verksamheten för vårdpersonal. Men om traumatiska händelser uppstår och inte får bearbetas, kan känslor av sårbarhet och skuld utlösas hos vårdpersonalen (Berchtenbreiter, Innes, Watterson, Nickson & Wong 2024). En personcentrerad epistemologi grundas ur en naturvetenskaplig människosyn där människans livsvärldsperspektiv behöver tas i beaktning. Det kan innebära att vårdpersonal behöver ha förmåga att kombinera sin biologiska kunskap och egna upplevelser av sårbarhet för att kunna lindra sårbarhet hos andra människor. Livsvärldsperspektivet innebär att människans livsvärld är baserad på egna erfarenheter och unika upplevelser som kan delas med andra människor i omgivningen. Sårbarhet är således en grundläggande komponent för människan, att genom sin egen sårbarhet bli mottaglig för andras lidande (Ekebergh 2015, s. 67; Ekman & Norberg 2021, s. 54; Almerud Österberg, Hörberg, Ozolins, Harstäde & Elmqvist 2023). Först när vårdpersonal uppmärksammat patientens sårbarhet skapas förutsättningar att kunna anpassa vårdmiljön efter den unika patientens behov (Almerud Östberg et al. 2023; Havrilla 2017; Kim et al. 2024).

Vårdmiljöer och vårdande miljöer

Redan på 1800-talet observerade den brittiska sjuksköterskan Florence Nightingale omgivningens betydelse för hälsa och välbefinnande. Nightingale noterade att

omväxlande miljöer, god hygien, god ventilation och tillgång till dagsljus var komponenter som ökade patienternas tillfrisknande. Nightingales arbete har sedan dess influerat hur arkitektur och design till sjukhusbyggnader ska konstrueras för att vårdmiljöer ska bidra till återhämtning (Nordin 2021, s. 310-311).

Vårdmiljö

Det är i miljöer och i rum som vård realiseras, mestadels strukturerade för sin funktion. I vårdvetenskaplig kontext koncentrerar sig rummets växlande dynamik och karaktär beroende på det mellanmänskliga sammanhanget vilket är oberoende av det materiella. Begreppet vårdmiljö kan beskrivas likt en tom behållare eller ett skal för vart vårdpraxis utförs men symboliserar en plats ”*där emellan”* som omfattar ömsesidiga relationer (Lassenius 2017, s. 249). Kontentan av begreppet vårdmiljö kan delas in i flera komponenter, exempelvis menade omvårdnadsteoretikern Hesook Suzie Kim att vårdmiljön innehåller både fysiska-, symboliska- och sociala element (Nordin 2021, s. 309-310). Den fysiska vårdmiljön kan på ett objektivt sätt beskrivas med mätbara mått, exempelvis genom avstånd mellan föremål eller till rummets totala yta. Utöver det mätbara inkluderas rummets färgsättning och inredning (Edvardsson & Wijk 2014, s. 76). Den symboliska vårdmiljön inkluderar normer, värderingar och förväntningar medan den sociala vårdmiljön berör samverkan och socialt stöd mellan människor som vistas i rummet. Samtliga komponenter behöver tas i beaktning för att upprätthålla en vårdande vårdmiljö (Kim et al. 2024; Nordin 2021, s. 309-310).

Vårdande miljö

Människan existerar i specifika platser, en livsmiljö. Livsmiljöer uppstår och framhävs ur platser där individen finner hemkänsla. En sådan plats kan inte enbart bestå av texturer, färger och föremål utan berör hela människans existens och det som kan generera frihet, trygghet, komfort och autonomi (Todres, Galvin & Holloway 2009). När individen hamnar i en beroendeställning ökar behovet av en omgivning som är lätt att tolka, förstå och känna igen eftersom följande element bidrar till trygghet, ökad självkänsla och välbefinnande (Galvin & Todres 2011; Kim et al. 2024). Upplevelseaspekten av vårdmiljön är alltid personlig. Den uppdagas och tolkas av sinnesintryck och påverkas av individens tidigare erfarenhet, kunskap, normer och värderingar. Exponering av doft, ljud eller ljus, val av material eller beröring kan således både uppfattas och värderas olika människor emellan, både medvetet och omedvetet. På samma sätt påverkas upplevelsen av vårdmiljön, antingen som vårdande eller icke vårdande (Wijk & Nordin 2017). Begreppet vårdande, som i en vetenskaplig kontext benämns som *omsorg*, innebär att vården bör realiseras med omtanke för medmänniskans liv (Arman 2015, s. 287).

Intensivvårdsmiljön

På en intensivvårdsavdelning består den fysiska vårdmiljön av inredning och medicinteknisk utrustning (Halvorsen et al. 2022). Vårdmiljön kan beskrivas med blinkande övervakningsapparater, intravenösa pumpar, bländande eller starka ljus och höga ljud. Ljud behöver dessutom inte enbart komma från den medicintekniska utrustningen, den kan uppstå till följd av att vårdpersonal pratar vid sängkanten eller det faktum att familj eller andra patienter är närvarande i samma rum (Bizek & Fontaine 2012, s. 16-17). Intensivvårdsmiljön är komplex och flerdimensionell och inte enbart en plats för kritiskt sjuka patienter. Dynamiken i vårdmiljön styrs till stor del av sociala

interaktioner som inkluderar patienten, deras familj och vårdpersonal men påverkas av rummets utformning samt den medicintekniska utrustningen. Objektivt är vårdmiljö, det vill säga rummet eller vårdplatsen för vart vårdandet realiseras, i en konstant interaktion med alla som vistas i rummet. Följande innebär att sinnesstämningar i rummet kan påverka hur vårdmiljön upplevs. Alla händelser som sker i rummet är således betydelsefulla för huruvida vårdmiljön ska kunna uppfattas som vårdande (Halvorsen et al. 2022; Morton, Fontaine, Bizek & Norton 2024, s. 12; Olausson, Lindahl & Ekebergh 2013).

PROBLEMFORMULERING

Årligen vårdas omkring 5 miljoner människor på intensivvårdsavdelningar världen över. Vårdbehovet kan tänkas öka i takt med att människan lever längre och i kombination med att allt fler människor överlever en tid av kritisk sjukdom. Forskning visar att patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning är sårbara i en utsatt situation, vilket kan uppstå till följd av den krävande vårdmiljön. Upplevelseaspekten av vårdmiljön är alltid personlig och beror på individens tidigare erfarenhet, kunskap, normer och värderingar men kan påverkas av sinnesintryck och omgivningsfaktorer. Om miljömässiga barriärer finns, behöver de synliggöras och reduceras. Följaktligen stärks behovet av forskning som fokuserar på patienternas upplevelser av vårdmiljön, särskilt inom intensivvårdens verksamhet. Genom att besvara syftet uppmärksammas miljömässiga faktorer som påverkat patienternas upplevelser av vårdmiljön. Resultatet kan tänkas bidra med kunskap rörande de faktorer som får patienterna att uppleva vårdmiljön som vårdande eller icke vårdande, vilket kan användas som stöd vid utformandet av vårdande vårdmiljöer på intensivvårdsavdelningar.

SYFTE

Syftet var att belysa patienternas upplevelser av att vårdas i en intensivvårdsmiljö.

METOD

Design

Systematisk litteraturöversikt med kvalitativ och induktiv ansats användes som inspirerades av Bettany-Saltikov och McSherry (2024, s. 5). En systematisk litteraturöversikt fokuserar på att besvara en specifik frågeställning genom att sammanställa befintlig forskning som synliggör aktuellt forskningsläge (Bettany-Saltikov & McSherry 2024, s. 5; Rosén 2023, s. 435). Kvalitativ ansats tillämpades då den beskriver människans individuella syn och upplevelser av specifika fenomen (Polit & Beck 2021, s. 10-11). Induktiv ansats användes och innebar att inkluderade artiklar analyserades förutsättningslöst vilket ökade resultatets trovärdighet (Pribe & Landström 2023, s. 32).

Datainsamling

Sökstrategi

För att underlätta artikelsökningarna användes PEO (population, exposure och outcome) (Tabell 1). PEO-modellen kan nyttjas för att bryta ned kvalitativa forskningsfrågor i

mindre komponenter. Följande metod bidrog till strukturerade och strategiska artikelsökningar (Bettany-Saltikov & McSherry 2024, s. 39-40; Karolinska institutet 2024; Rosén 2023, s. 440-441).

Tabell 1. PEO

Population	**Exposure**	**Outcome**
Patienter som vårdats på en intensivvårdsavdelning	Intensivvårdsmiljö	Patienters upplevelser

I processen formulerades inklusions- och exklusionskriterier, som syftade till att identifiera artiklar som kunde besvara formulerat syfte (Bettany-Saltikov & McSherry 2024, s. 115-117). Inklusionskriterierna var artiklar med vuxna deltagare ≥18 år, som har vårdats på en intensivvårdsavdelning och redogjort för sina upplevelser. Exklusionskriterier var artiklar med kvantitativ metod, publicerade på annat språk än engelska, publicerade före år 2015 och artiklar utan peer-review process och etiskt godkännande

Databassökning

Databaserna PubMed, Cinahl och Web of Science användes. Samtliga inkluderade databaser berörde på olika sätt forskningsområdet och var således relevanta för att besvara formulerat syfte (Hellberg & Karlsson 2023, s. 88; Polit & Beck 2021, s. 90-91). Tänkbara ämnesord formulerades först fritt utifrån syftet och kontrollerades mot Medical subject headings (MeSH) (Hellberg & Karlsson 2023, s. 90; Polit & Beck 2021, s. 93). Ämnesord som *intensiv care unit*, *environment* och *patient experience* formulerades utifrån PEO (Bettany-Saltikov & McSherry 2024, s. 41-42). Cinahl subject headings användes för att hitta synonyma ämnesord. Genom användning av MeSH och Cinahl subject headings säkerställdes att inkluderade ämnesord var vedertagna fackbegrepp (Hellberg & Karlsson 2023, s. 90-91; Polit & Beck 2021, s. 91). Booleska sökfunktioner med operatorer ”AND” och ”OR” användes. Citattecken användes för att kombinerade ämnesord skulle kunna identifieras i exakt följd och trunkeringstecken * (asterisk), möjliggjorde att ordets alla böjningsformer identifierades i databaserna. Blocksökningar i databaserna möjliggjorde komplexa sökningar och delades upp efter formulerat PEO (Hellberg & Karlsson 2023, s. 92,94-95; Polit & Beck 2021, s. 89). Genom att använda databasernas avgränsningsfunktioner identifierades urvalet och irrelevanta artiklar sorterades bort (Hellberg & Karlsson 2023, s. 97; Polit & Beck 2021, s. 90-91). För att säkerställa att sökstrategin var korrekt formulerad kontaktades en bibliotekarie på Högskolan i Borås och därefter genomfördes den slutgiltiga databassökningen i databaserna. Inkluderade ämnesord redovisas enligt sökstrategi (Tabell 2). Fullständig databassökning redovisas i sökmatris (Bilaga 1).

Tabell. 2 Sökstrategi

Block. 1 Population	"ICU patient*" OR "Intensive care unit patient*" OR "Critical care patient*" OR "Critical* ill patient*" OR "Intensive Care Unit" OR "ICU Intensive Care Units" OR ICU OR "Critical care unit"
Block. 2 Exposure	"Health facility environment" OR Health facilitie* OR "Patient* room*" OR "Care environment" OR Environment* OR "Hospital design" OR "Design" OR "Room design"

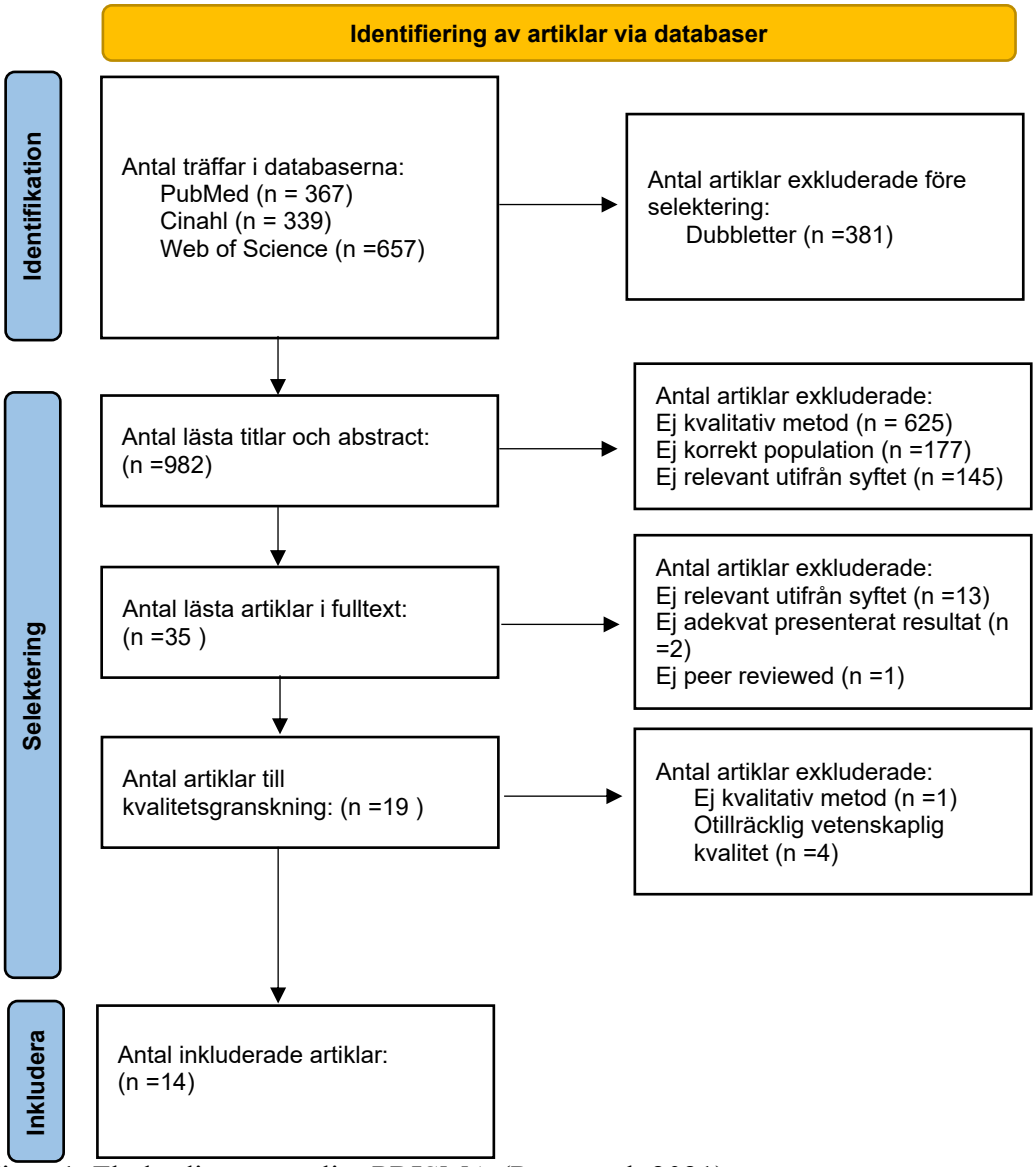
	OR "Environmental factor*" OR "Intensive care unit environment" OR "Bed space*" OR "Place*"
Block. 3 Outcome	”Patient* Experience*” OR ”Patient* Perception*” OR ”Patient* Attitude*” OR ”Patient* Feeling*” OR ”Patient* View*” OR ”Patient* Satisfaction*”

Urvalskriterier

För att underlätta selektering av artiklar användes verktyget Rayyan AI (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz & Elmagarmid 2016). Totalt identifierades 1,363 artiklar i databaserna och samtliga överfördes till Rayyan AI. Verktygets automatiska deduplicerings funktion användes varvid 381 dubbletter kunde exkluderas. Kvarvarande 982 artiklar selekterades genom läsning av titel och abstrakt, vilket genomfördes först enskilt och sedan gemensamt (Bettany-Saltikov & McSherry 2024, s. 158-159; Rosén 2023, s. 442). Verktyget hade specifika sökfunktioner som möjliggjorde effektivisering i selektionsprocessen genom att 947 artiklar kunde identifieras och exkluderas. Slutligen lästes 35 artiklar i fulltext varav 19 artiklar inkluderades till kvalitetsgranskning (Ouzzani et al. 2016).

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningen genomfördes med hjälp av Joanna Briggs Institute (JBI) (2020) checklista. JBI checklista användes för att säkerställa att inkluderade artiklar var av hög vetenskaplig kvalitet. JBI checklista bedömer artiklarnas design, analys samt presentation av resultatet och består av tio frågor. Frågorna kunde besvaras med ja, nej, osäker eller ej tillämpligt (Joanna Briggs Institute 2020). Ett gemensamt ställningstagande diskuterades före kvalitetsgranskningen beträffande; hur verktyget skulle användas. Ett gemensamt beslut om att artiklar med 1-6 poäng genererade en låg vetenskaplig kvalitet, artiklar med 7-8 poäng medel vetenskaplig kvalitet och artiklar med 9-10 poäng hög vetenskaplig kvalitet. För att ytterligare säkerställa att inkluderade artiklar var av god vetenskaplig kvalitet granskades samtliga artiklar först individuellt och sedan gemensamt. Artiklar med måttliga till stora brister exkluderades för att stärka resultatets trovärdighet (Mårtensson & Fridlund 2023, s. 475-476). Till resultatet inkluderades slutligen 14 artiklar varvid samtliga uppfyllde en hög vetenskaplig kvalitet enligt JBI checklista (Joanna Briggs Institute 2020) (Bilaga 2). Fullständig redogörelse av flödet presenteras enligt PRISMAS flödesdiagram (Figur 1) (Page et al. 2020).



Figur 1. Flödesdiagram enligt PRISMA (Page et al. 2021).

Dataanalys

Data analyserades och extraherades systematisk med inspiration av Bettany-Saltikov och McSherrys (2024 s. 184-187) tematiska analys. Analysprocessen genomfördes stegvis och började med individuell läsning av samtliga artiklar. Läsning av artiklarna genomfördes upprepande gånger individuellt och sedan gemensamt vilket bidrog till en djupare förståelse för det studerade fenomenet. Därefter sammanställdes samtliga artiklar i en artikelmatris (Bilaga 3). I nästa steg synliggjordes återkommande fynd genom att färgmarkera meningsbärande enheter. Ett gemensamt dokument öppnades där meningsbärande enheter klipptes in. Vidare genomfördes en öppen kodning, som innebar att meningsbärande enheter kondenserades och strukturerades varvid underkategorier bildades, därefter skapades kategorier. Utdrag ur analysprocessen (Tabell 3). Gemensam genomgång och diskussion genomfördes kontinuerligt således möjliggjordes att identifierade underkategorier kunde slås samman och placerades i passande presentationsordning. Därefter kontrollerades samtliga kategorier och underkategorier

ytterligare. För att stärka arbetets giltighet samt skydda arbetet mot forskningsbias granskades analysprocessen av utomstående parter, handledare och medstudenter. Arbetet granskades i sin helhet, kontinuerligt under flera handledningstillfällen. Tänkbara justeringar diskuterades i grupp och vissa justeringar vidtogs. Artiklarnas resultatdel kontrollerades ytterligare genom läsning vilket säkerställde att identifierade kategorier och underkategorier täckte alla relevanta delar av resultatdelen. Slutgiltiga korrigeringar genomfördes för de delar som ansågs nödvändiga.

Tabell 3. Utdrag ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Öppen kodning	Underkategori	Kategori
They were being monitored constantly and they sometimes became nervous because of the wires and tubes surrounding them. Their dependence was partial or total and they found themselvesin the hands of others, dependent on both the technology and the staff. . .	Medvetenhet om den medicintekniska utrustningen och dess betydelse för existensen	Nödvändigt ont	En subjektiv beskrivning av vårdmiljön

Förförståelse

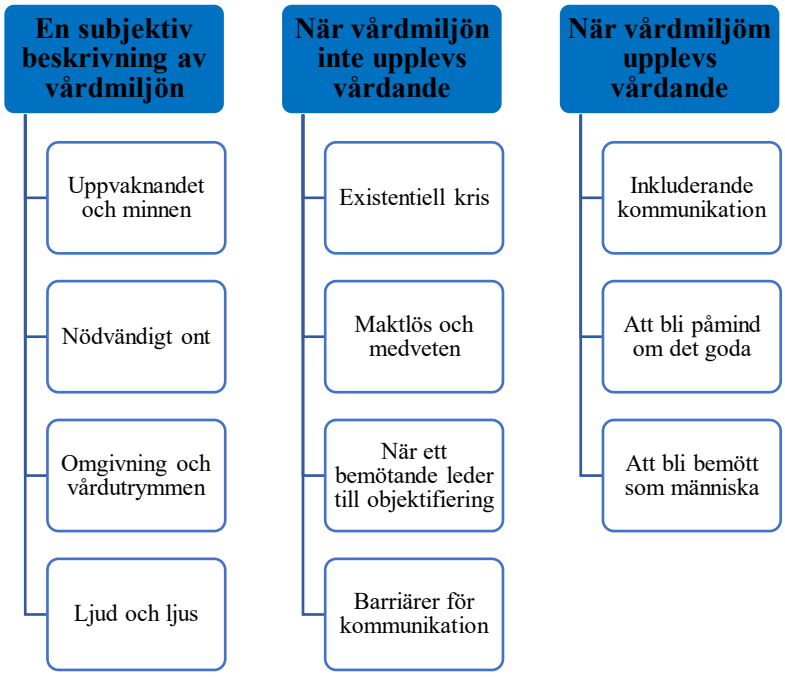
Det finns en medvetenhet kring forskningsmetodikens begränsade möjligheter att kartlägga och belysa allmängiltiga sanningar, särskilt inom vård och samhällsvetenskap. Vetskapen om att människor påverkas av sina erfarenheter och upplevelser har resulterat i att många forskare väljer att redovisa sina erfarenheter. När tidigare erfarenheter och upplevelser redovisas stärks forskningens pålitlighet (Priebe & Landström 2023, s. 39). Intresse och nyfikenhet kring formulerat syfte uppstod i samband med universitetsstudier på avancerad nivå. Förförståelsen rörande intensivvård och vårdmiljöer inom intensivvård uppstod under universitetsstudierna genom verksamhetsförlagda utbildningar på olika intensivvårdsavdelningar. Författarna hade båda arbetat kliniskt i andra vårdverksamheter och hade således en förförståelse rörande vårdmiljöer. Förförståelsen diskuterades kontinuerligt under forskningsprocessen för att stärka forskningens pålitlighet och för att minska risken för forskningsbias.

Forskningsetiska överväganden

Internationellt finns det etiska kommittéer och myndigheter som har fastställt en standard av etiska koder och principer som forskning ska efterfölja. Etiska principer är framtagna för att både skydda och respektera människans värdighet och innebär att forskning aldrig får utgöra ett hot mot människans hälsa. Forskning bör således alltid beakta att individens hälsa går före samhällets nytta med forskningsarbetet. Studiedeltagarna har rätt till adekvat information om för- och nackdelar med att delta i forskning samt rätt att avbryta deltagandet under hela processen (Polit & Beck 2021, s. 131-141). Till den systematiska litteraturöversikten kvalitetsgranskades inkluderade artiklar noggrant och systematisk. Kvalitetsgranskningen säkerställde att samtliga inkluderade artiklar hade ett etiskt resonemang och att de var etiskt godkända. Reflektion och diskussion rörande etiska ställningstaganden genomfördes kontinuerligt under forskningsprocessen och innebar att resultatet presenterades på ett sätt som säkerställde människans värdighet och integritet.

RESULTAT

Totalt analyserades och sammanställdes 14 kvalitativa artiklar. Analysen resulterade i tre kategorier: En subjektiv beskrivning av vårdmiljön, när vårdmiljön inte upplevs vårdande och när vårdmiljön upplevs vårdande. Till kategorierna formulerades totalt 11 underkategorier (Figur 2).



Figur 2. Översikt över kategorier och underkategorier.

En subjektiv beskrivning av vårdmiljön

Kategorin belyser patienternas subjektiva tolkning och upplevelser av vårdmiljön. Uppvaknandet och minnen framhäver upplevelser av att vakna upp i en vårdmiljö som patienterna inte kände igen eller förstod att de behövde. Primärt lyftes den subjektiva bilden av vårdmiljön med utgångspunkt i faktorer som patienterna påverkats eller berörts av. Kategorin börjar med beskrivning av upplevelser relaterat till uppvaknandet och minnen, det nödvändiga i vårdmiljön, det vill säga den medicintekniska utrustningens betydelse. Därefter beskrivs omgivning och vårdutrymmen och slutligen patienternas uppfattning och tankar rörande vårdmiljöns ljud och ljus.

Uppvaknandet och minnen

Patienter beskrev att vårdmiljön var obekant (Demir & Seki 2025; Erkoc, Polat Dunya & Uren 2024; Laerkner, Egerod, Olesen & Hansen 2017; Lindberg, Sivberg, Willman & Fagerström 2015) och att de inte förstod vart de var eller varför de hade befunnit sig på en intensivvårdsavdelning (Alexandersen et al. 2021; Demir & Seki 2025; Laerkner et al. 2017; Rose, Allum, Istanboulian & Dale 2022; Vogel, Forinder, Sandgren, Svensen & Joelsson-Alm 2023). Nedsatt tidsuppfattning och minnesluckor (Alexandersen et al. 2021; Demir & Seki 2025) gjorde att uppvaknandet var skrämmande (Demir & Seki 2025; Erkoc, Polat Dunya & Uren 2024; Vogel et al. 2023) och overkligt (Tronstad, Flaws, Lye, Fraser & Patterson 2021). Det kunde vara svårt att urskilja minnen från verkligheten,

särskilt med påverkad tidsuppfattning (Vogel et al. 2023). Patienter upplevde uppvaknandet som brutalt, påfrestande och krävande, särskilt med hänsyn till att de inte förstod vad som hände runt omkring dem (Alexandersen et al. 2019). Det första minnet kunde vara närvaro av familjemedlemmar vilket utlöste mängder av känslor som gråt, skratt och glädje (Alexandersen et al. 2021). De skildrade även oförståelse för familjemedlemmarnas reaktioner, men beskrev att familjemedlemmarnas reaktioner fick dem att förstå allvaret i situationen (Alexandersen et al. 2019).

Patienter beskrev att de pendlade mellan medvetenhet och omedvetenhet och att de hade önskat få en ökad förståelse för sin situation när det var mer vakna och medvetna. Minnen och existentiellt välbefinnande främjades med närvaro av familjemedlemmar (Alexandersen et al. 2021) och den personliga dagboken som skrevs av vårdpersonalen (Rose et al. 2022). Patienter som inte erhöll den personliga dagboken beskrev att de saknade verktyg för att bearbeta minnesluckor (Tronstad et al. 2021). Patienter som vårdades vakna under sin intensivvårdsvistelse redogjorde inte för några bekymmer med minnesluckor utan beskrev snarare en tacksamhet till det faktum att de vårdades vakna. Att vårdas vaken bidrog till att patienter upprätthöll en klar bild och förståelse för det som hänt runt omkring dem under intensivvårdsvistelsen (Laerkner et al. 2017).

Nödvändigt ont

Patienter upplevde inre stress av att ha varit uppkopplad till medicinteknisk utrustning (Alexandersen et al. 2019; Demir & Seki 2025; Egerod, Olesen & Hansen 2017; Laerkner 2017; Stayt, Seers & Tutton 2015). Upplevelsen av att ha varit omgiven av sladdar och slangar framkallade både oro och ångest (Alexandersen et al. 2019; Lindberg et al. 2015; Moen & Nåden 2015; Nasiri et al. 2024; Stayt, Seers & Tutton 2015). Patienter beskrev att de var beroende av att ha en slang i halsen (Alexandersen et al. 2019; Laerkner et al. 2017; Moen & Nåden 2015; Nasiri et al. 2024; Rose et al. 2022; Stayt, Seers & Tutton 2015) vilket var fruktansvärt, obehagligt (Alexander et al. 2019; Laerkner et al. 2017; Moen & Nåden 2015; Nasri et al. 2024) och som att ha en djävul i halsen (Alexandersenet al. 2019). Slangen i halsen var det värsta (Alexandersen et al. 2019; Moen & Nåden 2015) och att vara beroende av den upplevdes som ett hot mot självständigheten. Upplevelsen av att inte vara självständig utlöste irritation, rädsla, ångest, förtvivlan och känslor av hjälplöshet, särskilt eftersom de inte kunde äta, svälja saliv eller släcka törst (Nasri et al. 2024). Patienter redogjorde för att vårdpersonalen "sög" i slangen och det upplevdes påfrestande (Alexandersen et al. 2019; Stayt, Seers & Tutton 2015) även om slutresultatet kunde bidra till bättre fysisk komfort (Stayt, Seers & Tutton 2015). Patienter förstod inte varför de hade en slang i halsen och ovissheten framkallade oro (Alexandersen et al. 2019; Lindberg et al. 2015; Nasiri et al. 2024) och när påfrestningen var för hög försökte patienterna själva dra ut slangen (Alexandersen et al. 2019; Nasiri et al. 2024).

Patienter kände sig osynliga när vårdpersonalens engagemang riktades mot den medicintekniska utrustningen (Alexandersen et al. 2021; Stayt, Seers & Tutton 2015). De redogjorde för att vårdpersonalens kompetens var som en förlängning av tekniken (Stayt, Seers & Tutton 2015) vilket upplevdes tryggt även om patienten inte hade tidigare erfarenhet av den medicintekniska utrustningen (Laerkner et al. 2017; Stayt, Seers & Tutton 2015). Behandling med medicinteknisk utrustning upplevdes invasivt, smärtsamt och energikrävande (Alexandersen et al. 2019), även om den beskrevs och erkändes som nödvändig och livsviktig (Laerkner et al. 2017; Nasri et al. 2024; Stayt, Seers & Tutton 2015). Patienter var medvetna om den medicintekniska utrustningen och utrustningens

betydelse för existensen, vilket framkallade starka rädslor för att något kunde gå fel med tekniken (Laerkner et al. 2017; Lindberg et al. 2015; Nasiri et al. 2024; Tronstad et al. 2021). De anpassade sig till den medicintekniska utrustningen genom att ligga stilla i sängen (Stayt, Seers & Tutton 2015). Patienter redogjorde för att avlägsnandet av den medicintekniska utrustningen kunde representera deras återhämtningsprocess och deras tillfrisknande, vilket innebar att de kunde återta sin självständighet (Lindberg et al. 2015; Stayt, Seers & Tutton 2015).

Omgivning och vårdutrymmen

Patienter beskrev att vårdpersonalen bar konstiga kläder (Demir & Seki 2025; Vogel et al. 2023). Vårdpersonalens kläder kunde bestå av heltäckande skyddskläder, ansiktsmask och visir som upplevdes både overkligt och betryggande (Vogel et al. 2023). Patienter beskrev att vårdmiljön (rummen) var trånga (Tronstad et al. 2021; Yilmaz & Celik 2022) och att sängutrymmen var röriga (Demir & Seki 2025; Tronstad et al. 2021). Patienter noterade att vårdpersonalen behövde gå runt eller över föremål för att kunna ta sig fram i rummet och att toaletter nyttjades till förvaring, vilket gjorde toaletterna svåra att använda (Tornstad et al. 2021). Rummet saknade estetik och vissa inredningsdetaljer som tavlor, kunde utlösa mardrömmar (Alexandersen et al. 2021). Rummets skrala inredning exempelvis, en liten tv och rummets belysning, fick patienter att känna sig instängda (Erkoc, Polat Dunya & Uren 2024). Till inredningen noterades att portabla skärmar användes för att begränsa visuell kontakt mellan patienter och besökare i samma rum (Laerkner et al. 2017) och på liknande sätt fanns det utskjutbara gardiner som kunde dras för (Moen & Nåden 2015; Yilmaz & Celik 2022). När gardiner användes i onödan reducerades tillgången till naturliga vyer, det förstärkte upplevelsen av att ha varit frånkopplad från den verkliga världen (Tornstad et al. 2021). Brist på gardiner, lakan eller annan viktig inredning kunde förekomma vilket resulterade i att patienterna kände sig kränkta (Yilmaz & Celik 2022). Patienter som fick tillgång till igenkännande föremål inne på rummet upplevde det som betydelsefullt (Erkoc, Polat Dunya & Uren 2024; Laerkner et al. 2017).

Patienter som hade vårdats på enkelsal beskrev att rummen var lugna, tysta och avskilda vilket kunde utlösa känslor av isolering. Patienter som hade vårdats i en flerbäddssal upplevde att den utökade stimulansen i rummet var obehaglig. Ångest och panikångestattacker upplevdes av patienter, oberoende av rummen de hade vårdats i (Tronstad et al. 2021). Patienter som hade vanföreställningar under intensivvårdsvistelsen beskrev att vårdmiljön var trevlig, rummen var enorma, harmoniska, färgstarka och precis som i himlen (Vogel et al. 2023).

Ljud och Ljus

Patienter beskrev att det inte kunde värja sig för stimuli i rummet (Alexandersen et al. 2019; Demir & Seki 2025; Erkoc, Polat Dunya & Uren 2024; Laerkner et al. 2017; Slettmyr, Frank & Falk 2022; Yilmaz & Celik 2022). Ljud kunde komma från den medicintekniska utrustningen, andra patienter i samma rum, vårdpersonal eller andra omgivningsfaktorer som att dörrar öppnades och stängdes (Erkoc, Polat Dunya & Uren 2024). Ljud kunde också härledas till vårdpersonalens val av skor, vissa hade klackar, vilket var störande (Tronstad et al. 2021). Ljud från den medicintekniska utrustningen upplevdes störande, stressande (Alexandersen et al. 2019; Demir & Seki 2025; Erkoc, Polat Dunya & Uren 2024; Stayt, Seers & Tutton 2015; Tornstad et al. 2021; Vogel et al.

2023) och kunde utlösa oro och rädsla (Erkoc, Polat Dunya & Uren 2024; Tronstad et al. 2021). Patienter redogjorde däremot att larmljuden bidrog till trygghet eftersom de signalerade att vårdpersonalen hade deras situation under kontroll (Stayt, Seers & Tutton 2015). Det framkom att en patient hade spelat in ljuden från rummet i syfte att skapa musik. Tanken med det var att vända något negativt till något positivt, vilket upplevdes meningsfullt (Alexandersen et al. 2019).

Tidvis uppstod oönskade ljud från besökare som kunde vara påfrestande att lyssna till, särskilt eftersom ljud störde patienternas vila (Rose et al. 2022). Igenkännande röster kunde däremot främja trygghetskänslan i och till vårdmiljön (Alexandersen et al. 2021; Vogel et al. 2023). Att behöva lyssna på vårdpersonalens privata samtal kunde upplevas som oprofessionellt och opassande (Erkoc, Polat Dunya & Uren 2024; Laerkner et al. 2017; Tronstad et al. 2021) men det kunde även upplevas som livsbejakande och avslappnande (Laerkner et al. 2017; Tronstad et al. 2021). Patienter kände ensamhet, hjälplöshet, maktlöshet och rädsla för döden när det inte kunde värja sig för andra patienters lidande. Det kunde höra andra patienter i samma rum, skrika, gråta och dö (Erkoc, Polat Dunya & Uren 2024; Demir & Seki 2025; Laerkner et al. 2017; Tronstad et al. 2021). Patienter som inte hade förmåga att värja sig för andra människors lidande redogjorde för att det var det värsta med hela intensivvårdsvistelsen (Laerkner et al. 2017).

Starka ljus noterades från sjuksköterskeexpeditionen, sängplatserna, den medicintekniska utrustningen och från vårdpersonal som använde ficklampor vid kliniska observationer (Tornstad et al. 2021). Patienter redogjorde för att det blev störda av rummens belysning, särskilt nattetid eftersom starka ljus hade negativt inflytande på patienternas sömn (Erkoc, Polat Dunya & Uren 2024; Tronstad et al. 2021). Patienter beskrev att vilotimmen var betydelsefull eftersom belysning och övrigt stimuli inne på rummet dämpades (Rose et al. 2022). Avsaknad av naturligt dagsljus fick patienter att känna sig instängda och isolerade. De patienter som hade vistats utomhus under intensivvårdsvistelsen beskrev en ren glädje eftersom naturligt ljus och frisk luft lindrade den klaustrofobiska känslan som utlöstes i rummet (Tornstad et al. 2021).

När vårdmiljön inte upplevs vårdande

Kategorin berör fysiska-, symboliska och sociala upplevelser av vårdmiljön och belyser faktorer och interaktioner i vårdmiljön som på olika sätt reducerade patienternas upplevelser av att ha vistats i en vårdande vårdmiljö. En existentiell kris belyser faktorer och interaktioner som förstärkte känslan av att ha befunnit sig i en existentiell kris. Maktlös och medveten belyser att patienterna var medvetna om vårdpersonalens maktposition vilket medförde att patienter intog en passiv roll i sin egen vård. Vidare skildras hur olika typer av bemötande kunde framkalla känslan av att ha varit ett objekt i vårdmiljön. Kategorin avslutas med att nämna patienternas uppfattning och upplevelser relaterat till kommunikationsbarriärer.

Existentiell kris

Det framkom frekvent att patienter, på olika sätt, upplevde någon form av existentiell kris i samband med vistelsen på intensivvårdsavdelning (Alexandersen et al. 2021; Alexandersen et al. 2019; Demir & Seki 2025; Laerkner et al. 2017; Lindberg et al. 2015; Nasiri et al. 2024; Moen & Nåden 2015; Vogel et al. 2023). Det kunde röra sig om

upplevelsen av att ha blivit försummad fysiskt, psykiskt och/eller existentiellt (Alexandersen et al. 2021). Vårdpersonal kunde oreflekterat påminna patienter om deras fysiska begränsningar som ökade patienternas existentiella oro och ångest (Lindberg et al. 2015; Rose et al. 2022). På samma sätt påverkades patienter som vårdades vakna negativt, eftersom de var mer medvetna om sitt kritiska tillstånd, följaktligen förstärktes den existentiella påfrestningen (Laerkner et al. 2017). Många upplevelser som rörde existensen uppenbarades i patienternas fysiska och kroppsliga begränsningar vilket kunde leda till en önskan om att få dö (Alexandersen et al. 2019). Patienter beskrev att den existentiella krisen lindrades i det fall där ett psykiskt välbefinnande fanns. För de patienter upplevdes fysiska och kroppsliga begränsningar som mindre dränerande (Rose et al. 2022). Den existentiella krisen hanterades på olika sätt för patienterna, exempelvis genom att åsidosätta omgivningens tumult och vända sig till Gud (Demir & Seki 2025; Erkoc, Polat Dunya & Uren 2024). Religiösa strategier underlättade den surrealistiska bilden av att ha varit patient på en intensivvårdsavdelning. Det beskrevs härledas från den inneboende styrkan hos varje enskild individ att genom tilltro till högre makter, våga acceptera det som inte kan påverkas och förlita sig på hoppet, vilket patienter gjorde (Demir & Seki 2025; Alexandersen et al. 2019).

Maktlös och medveten

Maktlöshet, hjälplöshet och ensamhet framkom hos patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning (Alexandersen et al. 2019; Alexandersen et al. 2021; Demir & Seki 2025; Erkoc, Polat Dunya & Uren 2024; Moen & Nåden 2015; Nasiri et al. 2024; Rose et al. 2022; Slettmyr, Frank & Falk 2022; Stayt, Seers & Tutton 2015; Tronstad et al. 2021; Vogel et al. 2023). Patienterna redogjorde för att de hade en strävan om att framstå som en "bra patient" för vårdpersonalen, följande hade krävt att de blev accepterade som människor, inkluderade och inbjudna till en relation med vårdpersonalen (Slettmyr, Frank & Falk 2022). I stället kunde patienter uppleva att de hade blivit utsatta för ett värdighetsnedsättande bemötande (Moen & Nåden 2015). Det kunde uppstå vid situationer där vårdpersonalen nekade patienten eftertraktade föremål (Nasiri et al. 2024; Yilmaz & Celik 2022) eller när vårdpersonalen underminerade patientens önskemål utan begripliga förklaringar (Laerkner et al. 2017; Nasiri et al. 2024; Yilmaz & Celik 2022). Patienter nekades personliga önskemål på grund av vårdpersonalens egna preferenser, exempelvis huruvida patienterna fick ha radion på eller inte (Alexandersen et al. 2021). Patienterna beskrev att de gav efter för vårdpersonalens auktoritet och omdöme (Stayt, Seers & Tutton 2015) och att de intog en passiv roll i sin egen vård. Passivitet och likgiltighet inför vårdpersonalens expertis, sammanställer patienternas upplevelser av bristande kontroll och oförmåga att påverka sin vård (Lindberg et al. 2015; Moen & Nåden 2015; Slettmyr, Frank & Falk 2022; Stayt, Seers & Tutton 2015; Yilmaz & Celik 2022). Patienter gjorde muntliga överenskommelser med vårdpersonalen som tidvis överträddes, vilket förstärkte känslan av maktlöshet (Alexandersen et al. 2021; Laerkner et al. 2017).

Det framkom att patienter kände sig utelämnade och blottade, särskilt vid personlig omvårdnad och när omgivningsfaktorer inte togs i beaktning, som att dra för gardiner eller skyla dem för andra människor i samma rum (Lindberg et al. 2015; Moen & Nåden 2015). På samma sätt uppstod en maktlöshet när personlig information kommunicerades så att andra människor i rummet kunde höra (Yilmaz & Celik 2022). Patienter upplevde då att deras personliga integritet inte respekterades (Nasiri et al. 2024). Det kunde också

upplevas bedrövligt och ovärdigt att behöva utföra basala behov i sängen (Alexandersen et al. 2019).

Det dagliga livet på en intensivvårdsavdelning upplevdes utmanande och monotont (Alexandersen et al. 2021; Tronstad et al. 2021). Patienter beskrev att det helt saknade strategier mot verksamhetens enformighet (Erkoc et al. 2024; Rose et al. 2022). Patienter redogjorde för att tristessen hade kunnat lindrats om de hade fått mer kognitiv stimulans (Tronstad et al. 2021). Vårdmiljön beskrevs som högfungerande med mängder av resurser och vårdpersonal i rummen ändock upplevde och beskrev patienter att de kände sig försummade och ensamma (Stayt, Seers & Tutton 2015). Patienter som vårdades vakna kunde uppleva känslor av maktlöshet som var relaterat till reducerad självständighet och autonomi (Laerkner et al. 2017).

När ett bemötande leder till objektifiering

Vårdpersonalens bemötande var en återkommande upplevelse som beskrevs i negativ klang (Alexandersen et al. 2021; Moen & Nåden 2015; Nasiri et al. 2024; Stayt, Seers & Tutton 2015; Tornstad et al. 2021; Yilmaz & Celik 2022). Patienter upplevde och beskrev att de kände sig ignorerade (Alexandersen et al. 2021; Laerkner et al. 2017; Nasiri et al. 2024; Slettmyr, Frank & Falk 2022) vilket upplevdes respektlöst och objektifierande (Alexandersen et al. 2021; Slettmyr, Frank & Falk 2022). Det framkom att vårdpersonal förde konversationer med andra människor i rummet. I det fall där patienter inte bjöds in eller kunde delta i samtalet kände patienter sig ignorerade och bortglömda (Erkoc, Polat Dunya & Uren 2024; Laerkner et al. 2017; Slettmyr, Frank & Falk 2022; Tornstad et al. 2021). Patienter upplevde att vårdpersonalen var empatilösa inför andra människor (Laerkner et al. 2017; Tornstad et al. 2021). Det framkom att vårdpersonal kunde skrika, tala otrevligt (Alexandersen et al. 2021; Yilmaz & Celik 2022) eller kliva in i rummet utan att hälsa på närvarande familjemedlemmar. Ett bemötande som direkt uppfattades som otrevligt, oförskämt och ovärdigt (Alexandersen et al. 2021; Moen & Nåden 2015).

Vård- och omsorgsaktiviteter kunde genomföras runtomkring patienterna men inte nödvändigtvis i samförstånd med dem (Stayt, Seers & Tutton, 2015). Vårdpersonal kunde av den orsaken uppfattas som okänsliga och respektlösa (Alexandersen et al. 2019; Yilmaz & Celik 2022). Patienter beskrev att vårdpersonal, särskilt läkare, kunde komma in i rummet och dra av täcket på dem, utan att skyla dem inför omgivningen (Moen & Nåden 2015). Upplevelser av att ”bara vara en kropp” (Alexandersen et al. 2021; Slettmyr, Frank & Falk 2022) eller att vårdpersonalen inte var intresserade av att ta hand om dem, beskrevs (Laerkner et al. 2017).

Patienter beskrev; trots kränkningar av den personliga integriteten kände de sig tvungna att acceptera vårdpersonalens insatser, rädda för att ytterligare behöva utstå ett hänsynslöst bemötande (Yilmaz & Celik 2022). Upplevelsen av att ha blivit objektifierad (Alexandersen et al. 2021; Lindberg et al. 2015; Slettmyr, Frank & Falk 2022) berodde på det faktum att vårdpersonalen hade mer fokus på patientens kropp än för dem som människor, vilket resulterade i att patienterna kände sig ignorerade, isolerade och inte erkända som unika människor (Slettmyr, Frank & Falk 2022).

Barriärer för kommunikation

Patienter redogjorde för kommunikationsbarriärer (Moen & Nåden 2015; Nasiri et al. 2024; Rose et al. 2022; Tronstad et al. 2021) vilket oftast berodde på närvaro av endotrakealtub (Moen & Nåden 2015; Rose et al. 2022) eller det faktum att kommunikationshjälpmedel var för svåra att använda (Alexandersen et al. 2021; Laerkner et al. 2017; Rose et al. 2022). Kommunikation genomfördes med hjälp av gester, ansiktsuttryck, läpp- eller ögonrörelser (Laerkner et al. 2017). Oförmåga att kommunicera beskrevs som obehagligt, frustrerande, irriterande, problematiskt (Moen & Nåden 2015), smärtsamt och kunde utlösa känslor av hjälplöshet (Moen & Nåden 2015; Nasiri et al. 2024). Kommunikationshjälpmedel var svåra att använda relaterat till patienternas kroppsliga dysfunktion och begränsningar. De redogjorde för nedsatt muskelmassa, finmotorik, kognition, ödematösa händer och begränsad rörlighet (Laerkner et al. 2017; Rose et al. 2022). För de patienter som skriftligt kunde kommunicera med vårdpersonal redogjorde att processen var tid- och energikrävande, frustrerande och påfrestande vilket medförde att patienter ville ge upp (Laerkner et al. 2017). Tidvis uppmanades patienter att skriva tydligare som upplevdes utmanande och svårt (Alexandersen et al. 2021). För patienter som inte hade en fungerande kommunikationsstrategi, utlöste kommunikationsbarriärer en stor frustration och förtvivlan följaktligen framkallades ett påtagligt existentiellt illabefinnande (Nasiri et al. 2024).

När vårdmiljön upplevs vårdande

Kategorin berör de grundläggande komponenterna för att en vårdmiljö ska upplevas som vårdande och belyser betydelsen av en inkluderande kommunikation. Patienterna beskrev att en lyhörd vårdpersonal kunde lindra många negativa tankar, känslor och upplevelser även om kommunikationsbarriärer inte gick att övervinna. Att bli påmind om det goda synliggör vikten av familjens närvaro och att familjemedlemmar representerade normalitet. Att bli bemött som människa synliggör betydelsefulla faktorer och interaktioner mellan patienter och vårdpersonal som fick vårdmiljön att kännas humaniserad.

Inkluderande kommunikation

Icke verbal kommunikation var påfrestande men lindrades för patienter som omhändertogs av lyhörd vårdpersonal. Vårdpersonal som visade tålmodighet, uppmärksamhet, ansträngning och som höll ögonkontakt under konversationer, upplevdes som lyhörda, vilket var betydelsefullt (Demir & Seki 2025; Laerkner et al. 2017). Patienter redogjorde för att en god kommunikation mellan dem och vårdpersonalen (Alexandersen et al. 2021; Moen & Nåden 2015) fick dem att känna sig inkluderade i vården. Upplevelser av att ha inkluderats i vårdbeslut beskrevs öka patienternas självkontroll, självkänsla och autonomi (Slettmyr, Frank & Falk 2022). Vårdpersonal som använde ordet “vi” upplevdes som inbjudande och förstärkte patienternas känslor av inkludering (Alexandersen et al. 2021; Slettmyr, Frank & Falk 2022). Det upplevdes även inbjudande när vårdpersonal lyssnade in patienternas önskemål (Lindberg et al. 2015; Moen & Nåden 2015; Nasiri et al. 2024; Slettmyr, Frank & Falk 2022).

Patienter upplevde att det alltid fanns utrymme för frågor (Lindberg et al. 2015; Rose et al. 2022) och att vårdpersonalen kom när de behövdes (Demir & Seki 2025; Lindberg et al. 2015; Moen & Nåden 2015). Patienter redogjorde för vikten av upprepad information

(Rose et al. 2022) med hänsyn till att det främjade upplevelsen av delaktighet, trygghet och förtroende (Slettmyr, Frank & Falk 2022). Det var viktigt att få begriplig information eftersom det resulterade i att hela vårdsituationen upplevdes mer hanterbar och lugnande (Alexandersen et al. 2021; Nasiri et al. 2024). Vårdpersonal som förklarade vårdprocesser eller behandlingar upplevdes och beskrevs som medkännande (Moen & Nåden 2015; Nasiri et al. 2024; Slettmyr, Frank & Falk 2022; Tronstad et al. 2021). Patienter redogjorde för att den positiva aspekten av kommunikation härstammade ur empatiska (Rose et al. 2022) och ömsesidiga vårdrelationer, vilket de upplevde (Alexandersen et al. 2021; Demir & Seki 2025; Laerkner et al. 2017; Moen & Nåden 2015; Slettmyr, Frank & Falk 2022).

Att bli påmind om det goda

När familjemedlemmar inkluderades i vården och bemöttes på ett humaniserat sätt kände patienterna trygghet, delaktighet och samhörighet (Slettmyr, Frank & Falk 2022). Familjens inkludering och närvaro var betydelsefullt för patienternas existentiella välbefinnande eftersom familjen bidrog med stöd, tröst (Alexandersen et al. 2021; Nasri et al. 2024; Demir & Seki 2025; Tornstad et al. 2021) och gav patienterna förmåga att slappna av (Slettmyr, Frank & Falk 2022). Familjens närvaro kunde förnimmas via sensoriska uppenbarelser, exempelvis genom att bli berörd på särskilda sätt, igenkännande dofter eller genom att höra bekanta röster (Alexandersen et al. 2021). När de omgavs av sådant som var bekant fick det obekanta i vårdmiljön en personlig mening som lindrade osäkerheten i vårdmiljön (Laerkner et al. 2017). Familjemedlemmar påminde om det "goda livet" och fick dem att känna sig värdefulla, älskade och viktiga som människor, vilket i många fall tände patienternas livskraft. Tack vare vetskapen om att familjen älskade dem oavsett kroppsliga förluster förstärktes viljan om att bli bra. Återhämtningsprocessen kunde spegla patienternas önskan om att få fortsätta vara en person som är värdefull för andra således stärktes motivationen (Alexandersen et al. 2019; Alexandersen et al. 2021). Familjen representerade i många fall någon form av normalitet för patienterna (Tornstad et al. 2021) och när familjen inte var närvarande beskrev patienterna att de var rädda, oroliga och ensamma (Nasiri et al. 2024). Det framkom att besök från personer som inte ansågs tillhöra patienternas närmaste krets ibland gjorde negativt anspråk på patienternas energi, vilket beskrevs som påfrestande (Alexandersen et al. 2021). Trots det beskrev patienter att närvaro av familjemedlemmar var viktigt och betydelsefullt för deras återhämtning (Alexandersen et al. 2019; Alexandersen 2021; Demir & Seki 2025; Laerkner et al. 2017; Nasiri et al. 2024; Slettmyr, Frank & Falk 2022).

Att bli bemött som människa

Den där fina upplevelsen, att ha blivit bemött som människa skildrades av patienterna (Alexandersen et al. 2019; Laerkner et al. 2017; Moen & Nåden 2015; Rose et al. 2022; Slettmyr, Frank & Falk 2022; Stayt et al. 2015; Tronstad et al. 2021; Vogel et al. 2023). Handlingar som genomfördes i relation till patienternas enskilda upplevelser var betydelsefulla eftersom det medförde en känsla av självkontroll och respekt (Alexandersen et al. 2019; Laerkner et al. 2017). Patienterna upplevde att vissa vårdsituationer riktade sig mot dem som unika människor, som att vårdpersonal tidvis kunde hålla dem i hand (Vogel et al. 2023) eller på andra sätt tillgodose deras unika behov, vilket upplevdes som humant (Alexandersen et al. 2019; Alexandersen et al. 2021; Laerkner et al. 2017; Moen & Nåden 2015). Humaniserade handlingar från

vårdpersonalen ökade patienternas trygghet (Alexandersen et al. 2021; Demir & Seki 2025; Laerkner et al. 2017; Rose et al. 2022; Tronstad et al. 2021; Vogel et al. 2023). Upplevelser av att ha behandlats som människa, fick dem att känna sig inkluderade i vårdteamet (Slettmyr, Frank & Falk 2022) följande lindrade patienternas lidande och främjade viljestyrkan (Alexandersen et al. 2019). Vårdpersonalens handlingssätt bidrog till återhämtning och präglades av tillfredsställelse och tillit (Alexandersen et al. 2021; Demir & Seki 2025; Lindberg et al. 2015; Moen & Nåden 2015).

Patienter upplevde att de hade fått ett extra stöd av verksamhetens sjuksköterskor (Alexandersen et al. 2019; Alexandersen et al. 2021; Demir & Seki 2025; Moen & Nåden 2015; Nasiri et al. 2024; Rose et al. 2022) som reducerade existentiella, negativa tankar och rädslor (Demir & Seki 2025; Moen & Nåden). Patienter beskrev att de inte ville ta emot vård av personer av motsatt kön, vilket de inte behövde. Följande förstärkte upplevelsen av att vårdpersonalen var måna om patienternas välbefinnande (Yilmaz & Celik 2022). Kontinuitet bland vårdpersonal beskrevs positivt eftersom kontinuitet upplevdes förtroendeingivande och tryggt (Lindberg et al. 2015; Laerkner et al. 2017). Kontinuitet kunde resultera i en tyst förståelse mellan patienterna och vårdpersonalen som förstärkte upplevelsen av att ha varit omgiven av goda vårdrelationer. Goda vårdrelationer beskrevs präglade av ömsesidig respekt och gemensamma målsättningar (Lindberg et al. 2015).

Det framkom att patienter var medvetna om att de “bara var en av många patienter” som vårdpersonalen tog hand om, men upplevde inte att det påverkade deras vårdkvalitet (Rose et al. 2022). Patienterna upplevde snarare att det fanns en välvilja hos vårdpersonalen som var riktad mot deras tillfrisknande (Lindberg et al. 2015) som att personlig hygien omhändertogs med omtanke för deras integritet (Demir & Seki 2025; Laerkner et al. 2017; Lindberg et al. 2015; Moen & Nåden 2015; Stayt et al. 2015; Rose et al. 2022). Det var även vårdpersonal som kunde blunda för verksamhetens policy, för att möjliggöra att unika behov uppfylldes. Det upplevdes humant, empatiskt och värdigt (Rose et al. 2022). Patienter redogjorde för att vårdpersonal försökte att hjälpa dem att värja sig för ytterligare existentiell påfrestning (Lindberg et al. 2015) vilket vårdpersonalen kunde göra genom att använda humor. Vårdpersonal som använde humor vid bemötandet av patienter utstrålade empati och omtanke (Rose et al. 2022). Patienter uppskattade när vårdpersonal säkerställde att privat information förblev privat (Yilmaz & Celik 2022).

Vården och vårdpersonalens engagemang upplevdes och beskrevs som mer än det patienterna hade kunnat förvänta sig och tidvis även som ”det där lilla extra” (Demir & Seki 2025; Moen & Nåden 2015). Majoriteten av patienterna kände sig trygga, respekterade (Alexandersen et al. 2019; Alexandersen et al. 2021; Demir & Seki 2025; Laerkner et al. 2017; Lindberg et al. 2015; Moen & Nåden 2015; Rose et al. 2022; Stayt et al. 2015; Tronstad et al. 2021; Vogel et al. 2023) och väl omhändertagna fysiskt, psykiskt och existentiellt (Alexandersen et al. 2021) varvid vårdpersonalen skildrades som medkännande livräddare (Tronstad et al. 2021).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Design

Till den systematiska litteraturöversikten användes en kvalitativ och induktiv ansats. Genom att sammanställa befintligt empiriskt material besvarades syftet. Kvalitativ design är att föredra vid forskningsfrågor som har till avsikt att sammanställa människans unika upplevelser av specifika fenomen som styrker resultatets trovärdighet. Upplevelser är subjektivt och unikt utefter varje individ, förelåg en medvetenhet rörande potentiella forskningsbias. Kvalitativ forskning kan medföra vissa begränsningar då människan är källan till insamlad information vilket är en svaghet och en styrka (Polit & Beck 2021, s. 11). För att undvika risk för feltolkning användes ett induktivt förhållningssätt som innebar att det befintliga empiriska materialet analyserades objektivt och förutsättningslöst således styrks trovärdigheten, pålitligheten och bekräftelsebarheten (Mårtensson & Fridlund 2023, s. 484; Polit & Beck 2021, s. 535). Reflektion kring att en integrativ ansats hade möjliggjort ett bredare perspektiv av resultatet framkom under diskussion. Metoden valdes bort av flera aspekter, dels för att författarna saknade erfarenhet av det metodologiska tillvägagångsättet och dels för att styrka ett fenomenologiskt kontext där människans unika upplevelser får stå i centrum (Polit & Beck 2021, s. 589).

Datainsamling

Sökstrategi

Det var en fördel att använda PEO-modellen som stöd för att identifiera sökord inför databassökningen. PEO-modellen säkerställde att databassökningarna genomfördes strukturerat och systematiskt riktat mot syftet därmed styrks bekräftelsebarheten (Bettany-Saltikov & McSherrys, 2024, s. 39-40; Mårtensson & Frilund 2023, s. 485). PEO(T) varvid (T) står för *typ av studie*, hade också kunnat användas men valdes bort för att säkerställa att relevanta artiklar ej filtrerades bort under databassökningen. Nackdelen med att inte använda PEO(T) var att urvalsprocessen tog längre tid att genomföra (Bettany-Saltikov & McSherrys 2024, s. 39-40). Inklusions- och exlusionskriterier formulerades efter att PEO-modellen var färdigställd. Det tydliggjorde vilka avgränsningar i databaserna som var aktuella att tillämpa för att effektivt kunna exkludera irrelevanta artiklar som inte besvarade syftet (Bettany-Saltikov & McSherrys, 2024, s. 115-117). Tydligt formulerade inklusions- och exklusionskriterier styrker resultatets kvalitet och trovärdighet (Henricson 2023 s.494). Reflektion kring att avgränsningsfunktioner var olika i databaserna Pubmed, Cinahl och Web of Sience noterades. Avgränsningsfunktioner till det engelska språket och publikations år kunde avgränsas i samtliga databaser, ålder kunde endast filtreras i Cinahl och Pubmed. Avgränsningsfunktionen för peer-reviewed kunde bara avgränsas i Cinahl, vilket applicerades för att säkerställa att identifierade artiklar skulle vara av hög vetenskaplig kvalitet, således styrks resultatets trovärdighet (Karolinska institutet 2022; Henricson 2023, s. 494). Att medvetet avgränsa sökstrategin till artiklar med peer-reviewed kan vara en svaghet eftersom relevanta artiklar oreflekterat kan ha filtrerats bort. Engelska språket är ett vedertaget språk internationellt och ansågs lämpligast att använda eftersom att båda författarna behärskade engelska språket. Tanken med att använda artiklar skrivna på engelska språket var för att styrka resultatets överförbarhet i en internationell kontext dock bestod resultatet av flertal nordiska artiklar som kan ha påverkat överförbarheten i

ett internationellt perspektiv (Mårtensson & Frilund 2023, s.485). En svaghet kan vara att relevanta artiklar på andra språk filtrerats bort (Bettany-Saltikov & McSherrys, 2024 s. 134-135). Trots att författarna behärskade det engelskaspråket förelåg en medvetenhet om risk för feltolkning, vilket kan vara en svaghet. För att minska risken för feltolkning användes översättningsverktyg som lexikon och hjälp från personer med starkare engelska språkkunskaper. För att ytterligare minimera feltolkning av artiklarna har författarna gemensamt läst, reflekterat och diskuterat artiklarna upprepande gånger. Tillvägagångsättet styrker resultatets trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet. Artiklarnas publikations år valdes på ett 10 års intervall med hänsyn till att ny forskning styrker resultatets trovärdighet (Mårtensson & Frilund 2023, s. 484-485; Polit & Beck 2021, s. 570).

Databassökning

Artikelsökningen genomfördes metodiskt i tre databaser, Pubmed, Cinahl och Web of science. Genom att ha inkluderat databaser med ämnesfokus styrks resultatets trovärdighet eftersom relevanta artiklar identifierats och inkluderas (Henricson 2023, s. 494). Till en början var det en utmaning att hitta synonyma ämnesord till formulerad PEO, särskilt till E (exposure), som stod för komponenten "intensivvårdsmiljön". Med begränsade förkunskaper till vedertagna begrepp som "environment" inom hälso- och sjukvård, genomfördes ett flertal fristående sökningar i databaserna. Momentet genomfördes för att få inspiration från befintliga artiklar med ämnesord som kunde beröra miljön på en intensivvårdsavdelning. Vidare användes MeSH-termer och Cinahl subject headings för att optimera och identifiera fler synonyma ämnesord (Polit & Beck 2021, s. 93). Tillvägagångsättet säkerställde att ämnesorden var vedertagna och relevanta utifrån syftet således styrks trovärdigheten (Henricson 2023, s. 494). Booleska operatorer användes för att vidga sökträffarna mot det specifika syftet och på liknande sätt användes trunkeringstecken. En bred och specifik sökträff styrker resultatets trovärdighet (Henricson 2023, s.494; Polit & Beck 2021, s. 89). För att säkerställa att sökstrategin var korrekt och att ämnesord var vedertagna kontaktades en bibliotekarie på Högskolan i Borås som bekräftade att sökstrategin och ämnesorden var metodologiskt korrekt utifrån syftet. Att en oberoende part har granskat det metodologiska tillvägagångssättet styrker resultatets trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet (Mårtensson & Fridlund 2023, s.484-485; Polit & Beck 2021, s. 569).

Urvalskriterier

Det var tidseffektivt att använda Ryyan AI:s automatiska screeningsfunktion för att hitta dubbletter av artiklar som sedan kunde exkluderas manuellt. Sökfunktioner i Ryyan AI som att färgmarkera nyckelord i texterna underlättade identifiering av artiklarnas design. Artiklar som inte var av kvalitativ design exkluderades manuellt efter läsning av titel och abstrakt. Hänsyn togs till inklusions- och exklusionskriterierna under processen varvid irrelevanta artiklar snabbt kunde exkluderas. Ryyan AI möjliggjorde att selekteringen av artiklar kunde genomföras både enskilt och gemensamt. Artiklar som inkluderades och exkluderades behövde godkännas av båda författarna, vilket minskade risken för feltolkning (Ouzzani et al. 2016). Tillvägagångssättet säkerställde att inkluderade artiklar var av kvalitativ metod, att det överensstämde med inklusionskriterierna och att artiklarna kunde besvara formulerat syfte. Följande metod styrker resultatets pålitlighet och bekräftelsebarhet. Artiklar med mixad metod valdes medvetet bort för att kunna genomföra en gedigen analys av identifierade artiklar med endast kvalitativ design, vilket kan vara en svaghet eftersom det kan ha påverkat resultatets överförbarhet. Det är däremot en styrka att samtliga inkluderade artiklar har genomgått en gedigen analysprocess vilket

styrker resultatets trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet (Mårtensson & Fridlund 2023, s. 484-485; Polit & Beck 2021, s. 154, 569-570).

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningen genomfördes först enskilt av båda författarna och sedan gemensamt, med JBI-checklista som är en vedertagen internationell checklista som kan användas vid bedömning av kvalitativ forskning (Joanna Briggs Institute 2020). Tillvägagångssättet styrker att resultatet är tillförlitligt och trovärdigt (Henricson 2023, s. 495; Polit & Beck 2021, s. 154, 569). Kvalitetsgranskningen genomfördes vid upprepande tillfällen som säkerställde att inkluderade artiklar förde forskningsetiska resonemang och att det var etisk godkända. Artiklar som inte redogjorde för etiska ställningstaganden exkluderades för att säkerställa att resultatet varav god vetenskaplig kvalitet (Mårtensson & Fridlund 2023, s. 486-487). Poängsättningen utformades av författarna och kan vara en svaghet eftersom relevanta artiklar kan ha exkluderats, det kan ha påverkat resultatets överförbarhet (Mårtensson & Fridlund 2023, s. 485; Polit & Beck 2021, s. 157, 570). Vid kvalitetsgranskningen noterades att artikeln av Yilmaz & Celik (2022) innehöll upplevelser av både patienter och vårdpersonal. Artikeln av Rose et al. (2022) innehöll upplevelser av både patienter och familjemedlemmar. Det var däremot tydlig presenterat i artiklarnas resultatdel varvid patienternas röster lätt kunde urskiljas. Artiklarna kunde således inkluderas och har inte påverkat resultatets trovärdighet (Mårtensson & Fridlund 2023, s.484-485; Polit & Beck 2021, s. 569). Samtliga artiklar som inkluderades till resultatet bedömdes ha hög vetenskaplig kvalitet, vilket styrker resultatets tillförlitlighet och trovärdighet (Henricson 2023, s. 495; Polit & Beck 2021, s. 154, 569). Totalt exkluderades fem artiklar, varav fyra artiklar inte uppnådde tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet och en artikel var inte av kvalitativ metod. Trots att selektering av artiklar genomfördes gemensamt och med hjälp av verktyget Ryaan AI, lyckades en artikel som inte var av kvalitativ metod oreflekterat kvarstå till kvalitetsgranskningen. Det var varken en svaghet eller styrka då det inte påverkade resultatet. För att tydliggöra urvalsprocessen användes PRISMAS flödesdiagram (Page et al. 2020), vilket styrker tillförlitligheten, trovärdigheten, pålitligheten och bekräftelsebarheten eftersom tillvägagångssättet skulle kunna replikeras (Mårtensson & Fridlund 2023, s. 484–485; Polit & Beck 2021, s. 154, 569-570).

Dataanalys

Datan analyserades systematiskt och metodiskt gemensamt utifrån Bettany-Saltikov och McSherrys tematiska analysmetod. Analysprocessen är stegvis beskriven inklusive de ställningstaganden som vidtogs. Analysprocessen granskades av oberoende parter varvid potentiella förbättringsförslag synliggjordes och åtgärdades således styrks trovärdigheten, pålitligheten och bekräftelsebarheten (Bettany-Saltikov & McSherry 2024, s. 184-187; Mårtensson & Fridlund 2023, s. 484-485; Polit & Beck 2021, s. 154, 569-570).

Tidigt i analysprocessen, under den upprepande läsningen av alla artiklars resultat uppstod insikten av hur omfattande begreppet “vårdmiljö” var i förhållande till ursprungsbegreppen; fysiska-, symboliska- och sociala miljön. Det innebar att flera delar av resultatet kunde appliceras under samma underkategorier, vilket medförde flertal diskussioner om resultatets presentationsordning. Det var en utmaning som kan ha påverkat resultatets överförbarhet. Majoriteten av valda artiklar härleddes från länder i Europa varav sex artiklar från nordiska länder. Det kan vara en svaghet då de kan

begränsa resultatets överförbarhet ur ett internationellt perspektiv. Däremot styrks resultatets överförbarhet i ett nationellt perspektiv (Mårtensson & Fridlund 2023, s. 485; Polit & Beck 2021, s. 157, 570).

Resultatdiskussion

Resultatet utmynnade i tre kategorier; *En subjektiv beskrivning av vårdmiljön*, *när vårdmiljön inte upplevs vårdande* och *när vårdmiljön upplevs vårdande.* Till kategorierna fastställdes totalt 11 underkategorier. Syftet med den systematiska litteraturöversikten var att utifrån patientens perspektiv belysa upplevelser av att vårdas i en intensivvårdsmiljö. Resultatet beaktar att upplevelseaspekten av en vårdande vårdmiljö är personlig och att den inkluderar fler faktorer i vårdmiljön än fysiska och mätbara ting. Till resultatdiskussionen har essentiella huvudfynd från varje kategori lyfts fram och diskuterats. Resultatdiskussionen avslutas med att lyfta magisteruppsatsens resultat i relation till hållbar vård och hållbar utveckling.

En subjektiv beskrivning av vårdmiljön

Nödvändigt ont

Magisteruppsatsens resultat belyser att patienter som saknade tidigare erfarenhet av den medicintekniska utrustningen kunde ha en bristande förståelse för invasiva procedurer, exempelvis varför de behövde ha en endotrakealtub i halsen. Patienter kunde uppleva att vårdpersonal hade mer fokus på den medicintekniska utrustningen än på dem som människor vilket resulterade i känslor av irritation, förtvivlan, hjälplöshet, ångest och bristande autonomi. Oförståelsen kunde baseras på otillräcklig information från vårdpersonalen som kunde medföra att vårdmiljön inte upplevdes som vårdande. Enligt Van Oorsouw et al. (2023) kan patienter på en intensivvårdsavdelning uppleva förlust av kroppslig kontroll, således kan patienternas lidande och känsla av maktlöshet öka. När patienter känner sig trygga kan det medföra att patienter lättare kan tillåta kroppen att utsättas för den medicintekniska utrustningen. I det fall där patienter och vårdpersonal lyckats etablera en ömsesidig relation kan patienternas trygghet främjas i vårdmiljön. Paul et al. (2024) beskriver att patienter behöver bemötas på ett öppet, empatiskt, respektfullt och inkännande sätt som kräver ett kontinuerligt informationsutbyte mellan patient och vårdpersonal, särskilt rörande ingrepp. Vårdpersonalen behöver säkerställa att patienter har tagit del av informationen på ett begripligt sätt för att vårdmiljöer och vårdrelationer ska upplevas som trygga. Genom ömsesidiga relationer kan vårdmiljön upplevas som humaniserad vilket kan öka patienternas autonomi (Paul et al. 2024). Magisteruppsatsens resultat påvisar att patienter som erhållit information om intensivvårdens ingrepp och behandlingar hade förmåga att uthärda invasiva ingrepp, följaktligen styrks vikten av kontinuerlig information.

Ljud och ljus

Magisteruppsatsens resultat visar att patienter inte kunde värja sig för andra människors lidande i vårdmiljön, vilket utlöste känslor som ensamhet, hjälplöshet, maktlöshet och dödsångest. För patienter som vårdades vakna, beskrevs fenomenet som det värsta under hela intensivvårdsvistelsen. Enligt Olausson, Lindahl & Ekebergh (2013) kan ljud från närliggande patienter i samma vårdmiljö innebära en tung börda för patienter eftersom de inte har förmåga att skydda sig eller fly från andra människors lidande (Olausson, Lindahl & Ekebergh 2013). Patienter som medvetet registrerat medpatienters lidande och kritiska tillstånd är således mer utsatta för sårbarhet (Johansson, Bergbom & Lindahl 2012).

Däremot finns det patienter som inte alls påverkats av att ha vårdats i samma vårdmiljö som andra medpatienter trots att de uppmärksammat sensoriska förnimmelser av andra människors lidande (Yahui et al. 2022). Upplevelseaspekter av vårdmiljöer är alltid personliga och bygger på individens enskilda tolkningar (Johansson et al. 2012; Olausson et al. 2013; Wijk & Nordin 2017; Yahui et al. 2022), vilket styrks i magisteruppsatsens resultat.

I resultatet framkom det att avsaknad av naturligt dagsljus kunde leda till en känsla av isolering. Patienter som emellertid fick möjlighet att vistas utomhus under intensivvårdsvistelsen redogjorde för att naturliga ljus och frisk luft reducerade den klaustrofobiska känslan som uppstod i vårdmiljön. Enligt Dahlberg, Todres & Galvin (2009) främjas välbefinnande och existentiell tillfredsställelse genom möjligheten till miljöombyten som berör patienters sinnesintryck. Nordin (2021, s. 310-311) beskriver att Florence Nightingale redan på 1800-talet noterade att omväxlande vårdmiljöer som naturligt ljus och frisk luft har en stor betydelse för patientens återhämtningsprocess, vilket framhävs i magisteruppsatsens resultat.

När vårdmiljön inte upplevs vårdande

När ett bemötande leder till objektifiering

I resultatet framkom det att patienter kände sig objektifierade, det kunde bero på vårdpersonalens bemötande eller det faktum att vårdpersonalen hade mer fokus på patientens kropp än för dem som människor. Todres, Galvin & Holloway (2009) redogör för att människor inom hälso- och sjukvård riskerar att objektifieras som i ett led av att patienter ofta ska passa in i ett diagnostiskt system. När hälso- och sjukvårdspersonal oreflekterat har mer fokus på det diagnostiska systemet är det lätt att patientens sjukdomsbild får mer fokus än patienten som människa. Groves, Bunch & Kuehnle (2023) menar att patienter har en förförståelse om vårdmiljöer och när det inte motsvarar patienternas förväntningar ökar det risken för emotionell- och/eller fysisk sårbarhet. En vårdmiljö som inte motsvarar patienternas förväntningar kan leda till förlust av trygghetskänsla och framkalla onödigt lidande och ångest. Vårdpersonal har en direkt inverkan på patienternas upplevelser i mötet genom sitt förhållningssätt. Om patienten har ett förtroende för vårdpersonalen kan det lindra patientens negativa upplevelser och öka patientens trygghetskänsla i vårdmiljön. En ökad trygghetskänsla genererar till att patienten kan känna en tröst som lindrar ångesten och rädslan. När negativa upplevelser och känslor lindras kan hopp, självförtroende och ett lugn infinna sig, först då kan patienten känna sig värdefull och återfå kontrollen över situationen (Groves, Bunch & Kuehnle 2023).

Resultatet visar att vårdpersonal ibland upplevdes som empatilösa och respektlösa vilket förstärkte upplevelsen av att ”bara vara en kropp”. Vårdpersonalens bemötande och förhållningsätt kunde upplevas som integritetskränkande, särskilt när vård- och omsorgsaktiviteter genomfördes utan ett samtycke från patienten. Almerud, Alapack, Fridlund & Ekebergh (2007) redogör för att objektifiering inom hälso- och sjukvård kan uppstå när vårdpersonalens kliniska blick sammanfogar patienter med medicinteknisk utrustning. Kroppen blir på så sätt ett objekt för observationer, övervakning, rutiner och kontroller. Vårdpersonal med enbart fokus riktat mot den medicintekniska utrustningen åsidosätter oreflekterat patienternas individuella behov och önskemål. Följande innebär att vårdpersonal behöver vidga den kliniska blicken bortom den medicintekniska utrustningen och se patienten i sin unika helhet. Humaniserad vård kräver således en

observant och lyhörd vårdpersonal med vidgad blick (Almerud et al. 2007). Vårdpersonal är medvetna om att objektifiering kan förekomma inom intensivvård även om målsättningen är att patienter ska betraktas och bemötas som människor. Komplexiteten ligger i en balansgång mellan att kliniskt bedöma siffror, administrera, titrera och genomföra medicinska och omvårdnadsaktiviteter samtidigt som patienten bibehåller en hemodynamisk stabilitet. En personcentrerad vård inom intensivvård kan således, utifrån vårdpersonalens perspektiv omfatta komplexa och noggrant anpassade behandlingsåtgärder specifikt framtagna för den unika patientens behov, för vilket också säkerställer patientens liv (Jakimowicz, Perry & Lewis 2018). Enligt Hofhuis et al. (2008) är den humaniserade vården av stor vikt för patienter som erhåller intensivvård. Följande innebär att medicinteknisk utrustning, vårdpersonalens kompetens och vårdpersonalens förmåga att realisera vård- och omsorgsaktiviteter i en medkännande kontext avgörande för huruvida patienten ska känna sig trygg och våga ställa krav på den vård som berör patientens ”jag”. Objektifiering inom intensivvård förekommer och kan uppstå till följd av verksamhetens invasiva metoder att rädda liv, tidigare forskning styrker således magisteruppsatsens resultat.

När vårdmiljön upplevs vårdande

Att bli bemött som människa

Resultatet belyser att patienter som vårdats på en intensivvårdsavdelning och som blivit bemötta som en person upplevde en ökad känsla av självkontroll, tillit, trygghet och lindrat lidande. Grundläggande för upplevelsen av en vårdande vårdmiljö var kontinuitet bland vårdpersonal, goda vårdrelationer, ömsesidig respekt och gemensamma målsättningar. Groves, Bunch & Kuehnle (2023) förklarar vikten av effektiv kommunikation för att kunna skapa goda relationer. Det innebär att vårdpersonalen är lyhörda och informerar. En effektiv kommunikation bidrar till att patienten får mer förståelse för sin situation vilket ger en chans till att tilliten och tryggheten stärks (Groves, Bunch & Kuehnle 2023). Genom att ta hänsyn till patienternas livsvärld får vårdpersonalen kännedom om patienternas unika önskemål, erfarenheter, förutsättningar och hinder. Det är grundläggande information för att vårdpersonalen ska kunna upprätthålla en vårdplan som överensstämmer med patienternas förväntningar. När patienter känner sig inkluderad i vårdteamet kan en känsla av välbefinnande etableras som i sin tur kan resultera i en känsla av hälsa, trots närvaro av sjukdom (Bergbom, Nyström & Nåden 2022a; Bergbom, Nåden & Nyström 2022b), vilket Ekman & Norberg (2021, s.54) bekräftar. Inom intensivvård arbetar vårdpersonal med patienter som kan vara förvirrade, desorienterade och sederade. I dessa situationer är det särskilt viktigt med känslomässigt stöd för att patienterna ska känna en trygghet. Ett känslomässigt stöd kan uttryckas genom verbal kommunikation som att bekräfta och uppmuntra patienterna med en lugn röst men det kan också ske med fysisk beröring. En lugn röst och beröring associeras med att vårdpersonalen bemöter patienterna med medkänsla och respekt. Känslomässigt stöd är således en viktig del i att förtroendefulla relationer mellan patienter och vårdpersonal ska kunna uppnås (Groves, Bunch & Kuehnle 2023). Resultatet går i linje med Erikssons teori om att kärnan i en omsorgsfull omvårdnad grundar sig ur kärlek, medkänsla och barmhärtighet, således krävs en inlyssnande, vänlig och medmänsklig relation. Goda vårdrelationer kan lindra lidandets väsen, eftersom bördan som utspelas i vårdmiljön (rummet) kan delas med andra. Att dela på bördan som utspelas i patienternas livsmiljö möjliggör att vårdpersonalen kan skapa en gemenskap mellan patient och vårdgivare som lindrar lidandet och främjar känslan av hälsa (Bergbom, Nåden & Nyström 2022). Grundfundamentet för att patienter ska uppleva vårdmiljön som vårdande

bygger på humaniserade handlingar som sker i gemenskap, vilket synliggjorts i resultatet och som bekräftats i tidigare forskning.

Hållbar vård

Enligt omvårdnadsteoretikern Hesook Suzie Kim ska fysiska-, symboliska- och sociala element beaktas vid utformning av vårdmiljöer och realisering av vårdåtgärder (Nordin 2021, s. 309-310) vilket Anåker (2020, s. 26-30, 46) menar är en förutsättning för att hälso- och sjukvården ska vara hållbar och kunna bidra till folkhälsa på individ-, grupp- och samhällsnivå.

Miljöforskning visar att människor som lever i grönområden har flera hälsorelaterade fördelar, exempelvis lever de ett längre liv och med ett ökat existentiellt välbefinnande. För att vårdmiljöer ska vara hållbara behöver naturliga miljöer integreras i vårdmiljöns arkitektur och inredningsdesign (Anåker 2020, s. 118-121) vilket en studie av Zhu, Hu, Shah & Hu (2025) bekräftar och som även magisteruppsatsens resultat visat.

För att vård och vårdmiljöer ska utvecklas i en hållbar anda behöver de överensstämma med samhällets aktuella behov utan att påverka kommande generationer (Anåker 2020, s. 33). I magisteruppsatsens resultat framkom det att samverkan som berör kommunikation och information var essentiellt för att patienterna skulle känna sig inkluderade i vården. Det resulterade även i ökad självkontroll, självkänsla och autonomi. Anåker (2020, s. 132-133) understryker att delaktighet är väsentligt för att hälso- och sjukvården ska vara hållbar. Genom delaktighet kan varje enskild individ få makt över sin egen livssituation, som kan påverka den individuella upplevelsen av hälsa. Enligt Wijk & Nordin (2017) är upplevelseaspekten av hälsa alltid personlig och enligt Anåker (2020, s. 132-133) behöver individen erbjudas delaktighet för att möjliggöra självständiga och välgrundade beslut. När patienter är delaktiga kan upplevelser av hälsa och välbefinnande främjas trots närvaro av sjukdom, vilket är en viktig aspekt i utvecklingen av en hållbar hälso- och sjukvård.

För att vård ska vara vårdande behöver vårdpersonal ha kännedom om och förståelse för att vårdmiljöer har en direkt inverkan på upplevelseaspekten av hälsa och välbefinnande, som inte behöver ha koppling till närvaro av sjukdom (Anåker 2020, s. 46-48). I FN:s globala mål tre framkommer det att upplevelseaspekten av hälsa och välbefinnande är centralt för att varje enskild individ ska ha rätt förutsättningar att kunna bidra till samhället och samhällets utveckling (FN:s utvecklingsprogram [UNDP] Sverige 2024). Magisteruppsatsens resultat kan således anses vara en viktig del i arbetet mot en hållbar vård och ett bidrag för att hälso- och sjukvården ska realiseras på hållbart sätt som främjar hälsa och välbefinnande både nationellt och internationellt.

SLUTSATSER

Resultatet belyser att vårdpersonalens förhållningssätt påverkar huruvida patienter upplever intensivvårdsmiljön som vårdande eller inte. För patienter som saknar förståelse för intensivvårdens medicintekniska utrustning och/eller behandlingar uppstod flera negativa och existentiella tankar, exempelvis rädsla för döden, och dödsångest. Många negativa upplevelser lindrades för de patienter som blev bemötta på ett humaniserat sätt vilket tyder på att vårdpersonalens förhållningssätt är avgörande för hur vårdmiljön upplevs. De grundläggande komponenterna som utgör kärnan i en vårdande vårdmiljö

utgår från en holistisk vård och goda vårdrelationer. Följaktligen är kommunikation- och informationsutbytet, respekt och empati fundamentet som möjliggör att patienter upplever vårdmiljön som vårdande och särskilt med beaktning för att vårdmiljön är en del av patienternas livsmiljö.

Kliniska implikationer

För att intensivvårdsmiljöer ska upplevas som vårdande behöver vårdpersonal ha kännedom om faktorer som utlöser och försätter patienter i sårbara och utsatta situationer. Underlaget i resultatet belyser det faktum att intensivvårdsmiljöer kan humaniseras ytterligare. Det finns således ett stort behov av vidare forskning som berör fenomenet "vårdande vårdmiljöer" och särskilt inom intensivvård. Intensivvårdens utformning står i ständig utveckling, vilket understryker vikten av ny forskning som fokuserar och belyser patienternas perspektiv av vården.

REFERENSER

*Alexandersen, I., Haugdahl, H. S., Paulsby, T. E., Lund, S. B., Stjern, B., Eide, R. & Haugan, G. (2021). A qualitative study of long-term ICU patients' inner strength and willpower: Family and health professionals as a health-promoting resource. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1–2), s. 161–173. doi:10.1111/jocn.15532

*Alexandersen, I., Stjern, B., Eide, R., Haugdahl, H. S., Engan Paulsby, T., Borgen Lund, S. & Haugan, G. (2019). "Never in my mind to give up!" A qualitative study of long-term intensive care patients' inner strength and willpower—Promoting and challenging aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21–22), s. 3991–4003. doi:10.1111/jocn.14980

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

Almerud Österberg, S., Hörberg, U., Ozolins, L.-L., Werkander Harstäde, C. & Elmqvist, C. (2023). Exposed - a semantic concept analysis of its origin, meaning change over time and its relevance for caring science. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 18(1), s. 2163701–2163701. doi:10.1080/17482631.2022.2163701

Anåker, A. (2020). *Hållbar vård: klimatet och hälsan* (Upplaga 1). Studentlitteratur.

Arman, M. (2015). Vårdvetenskaplig teori i utveckling. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande* (1. uppl.). Liber, s. 279-296.

Berchtenbreiter, K., Innes, K., Watterson, J., Nickson, C. P. & Wong, P. (2024). Intensive care unit nurses' perceptions of debriefing after critical incidents: A qualitative descriptive study. *Australian Critical Care*, 37(2), s. 288–294. doi:10.1016/j.aucc.2023.06.002

Bergbom, I., Nyström, L. & Nåden, D. (2022a). Katie Erikson's caring theories. Part 2. The theory of caritative caring ethics and the theory of evidence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(4), s. 1251–1258. doi:10.1111/scs.13098

Bergbom, I., Nåden, D. & Nyström, L. (2022b). Katie Eriksson's caring theories. Part 1. The caritative caring theory, the multidimensional health theory and the theory of human suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(3), s. 782–790. doi:10.1111/scs.13036

Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2024). *How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide* (Third edition). McGraw-Hill Education/Open University Press.

Bizek, K.S. & Fontaine, D.K. (2012). The patient's experience with critical illness. I Morton, P. G., & Fontaine, D. K. (red.) *Critical care nursing: a holistic approach* (Tenth edition). Wolters Kluwer, s. 15-28.

Castegren, M. (2020). Organisation av en intensivvårdsavdelning. I Rubertsson, S., Larsson, A., Lipcsey, M. & Smekal, D. (red.) *Intensivvård.* (Tredje upplagan). Liber AB, s.13-16.

Clancy, H. & Johnson, C. (2023). Design, organization and staffing of the intensive care unit. *Surgery (Oxford)*, 41(12), s. 767–774. doi:10.1016/j.mpsur.2023.09.006

Dahlberg, K., Todres, L. & Galvin, K. (2009). Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: an existential view of well-being. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 12(3), s. 265–271. doi:10.1007/s11019-008-9174-7

*Demir, G. & Seki ÖZ, H. (2025). Psychological Experiences of Elderly Patients With Covid-19 Diagnosis in Intensive Care: A Qualitative Study. *Omega: Journal of Death and Dying*, 90(4), s. 1701–1715. doi:10.1177/00302228221126212

Edvardsson, D. & Wijk, H. (2014). Omgivningens betydelse för hälsa och vård. I Edberg, A.-K., & Wijk, H. (red). *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (Andra upplagan). Studentlitteratur, s. 75-103.

Ekebergh, M. (2015). Att förstå patienten ur ett livsvärldsperspektiv. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande* (1. uppl.). Liber, s. 63-90.

Ekman, I. & Norberg, A. (2021). Personcentrerad vård. I Edberg, A.-K., Ehrenberg, A., Wijk, H. & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (Andra upplagan). Studentlitteratur, s. 49-79.

*Erkoc, A., Polat Dunya, C. & Uren, S. (2024). Night-time sleep of intensive care patients: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 29(6), s. 1316–1324. doi:10.1111/nicc.13133

Esteban, A., Anzueto, A., Alía, I., Gordo, F., Apezteguía, C., Pálizas, F., Cide, D., Goldwaser, R., Soto, L., Bugedo, G., Rodrigo, C., Pimentel, J., Raimondi, G. & Tobin, M. J. (2000). How is mechanical ventilation employed in the intensive care unit? An international utilization review. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 161(5), s. 1450–1458. doi:10.1164/ajrccm.161.5.9902018

European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) (2024). *What is Intensive Care?* https://www.esicm.org/patient-and-family/what-is-intensive-care/ [2025-02-18]

Flaskerud, J. H. & Winslow, B. J. (1998). Conceptualizing Vulnerable Populations Health-Related Research. *Nursing Research (New York)*, 47(2), s. 69–78. doi:10.1097/00006199-199803000-00005

FN:s utvecklingsprogram (UNDP) Sverige (2024). *Mål 3: God hälsa och välbefinnande.* https://globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/ [25-06-06]

Forsberg, A. (2021). Personcentrerad omvårdnad. I Edberg, A.-K., Ehrenberg, A., Wijk, H. & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (Andra upplagan). Studentlitteratur, s. 81-97.

Galvin, K. & Todres, L. (2011). Kinds of well-being: A conceptual framework that provides direction for caring. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 6(4), s. 10362–13. doi:10.3402/qhw.v6i4.10362

Groves, P. S., Bunch, J. L. & Kuehnle, F. (2023). Increasing a patient's sense of security in the hospital: A theory of trust and nursing action. *Nursing Inquiry*, 30(4), s. e12569–e12569. doi:10.1111/nin.12569

Halvorsen, K., Jensen, J. F., Collet, M. O., Olausson, S., Lindahl, B., Sætre Hansen, B., Lind, R. & Eriksson, T. (2022). Patients' experiences of well-being when being cared for in the intensive care unit—An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(1–2), s. 3–19. doi:10.1111/jocn.15910

Havrilla, E. (2017). Defining Vulnerability. *Madridge J Nurs.* 2(1), s. 63-68. doi:10.18689/mjn-1000111

Hellberg, S. & Karlsson, E-K. (2023). Informationssökning. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (Tredje upplagan). Studentlitteratur, s. 85-102.

Henricson, M. (2023). Diskussion. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (Tredje upplagan). Studentlitteratur, s. 491-500.

Hofhuis, J. G. M., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, A. J. P., Rommes, J. H. & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(5), s. 300–313. doi:10.1016/j.iccn.2008.03.004

Holm, A. & Dreyer, P. (2018). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 23(2), s. 88–94. doi:10.1111/nicc.12297

Jakimowicz, S., Perry, L. & Lewis, J. (2018). Insights on compassion and patient-centred nursing in intensive care: A constructivist grounded theory. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7–8), s. 1599–1611. doi:10.1111/jocn.14231

Joanna Briggs Institute (JBI) (2020). Critical appraisal tools. https://jbi.global/criticalappraisal-tools [25-02-23]

Johansson, L., Bergbom, I. & Lindahl, B. (2012). Meanings of being critically ill in a sound-intensive ICU patient room - a phenomenological hermeneutical study. *The open nursing journal*, 6, s. 108–116. doi:10.2174/1874434601206010108

Karolinska institutet. (2022). *Är artikeln peer reviewed?* https://kib.ki.se/soka-vardera/vardera-information/ar-artikeln-peer-reviewed [25-04-13]

Karolinska institutet. (2024). *Användbara databaser och webbplatser.* https://kib.ki.se/soka-vardera/soka-information/anvandbara-databaser-och-webbplatser [25-04-20]

Kim, C. M., der Heide, E. M. van, van Rompay, T. J. L. & Ludden, G. D. S. (2024). Reimagine the ICU: Healthcare Professionals' Perspectives on How Environments (Can) Promote Patient Well-Being. *HERD*, 17(2), s. 97–114. doi:10.1177/19375867231219029

*Laerkner, E., Egerod, I., Olesen, F. & Hansen, H. P. (2017). A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 75, s. 1–9. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016

Lassenius, E. (2017). Rummet - Att vara rum. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (Andra upplagan). Studentlitteratur AB, s. 245-256.

*Lindberg, C., Sivberg, B., Willman, A. & Fagerström, C. (2015). A trajectory towards partnership in care – Patient experiences of autonomy in intensive care: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(5), s. 294–302. doi:10.1016/j.iccn.2015.04.003

Lundberg, D. & Hvarfner, A. (2020). Intensivvårdsetik. I Rubertsson, S., Larsson, A., Lipcsey, M. & Smekal, D. (red.) *Intensivvård* (Tredje upplagan). Liber, s. 17-25.

Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J.-L., Vollman, K. & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, s. 270–276. doi:10.1016/j.jcrc.2016.07.015

Miele, C. H. & Checkley, W. (2016). Defining ICU Structure and Process: Working Toward a Worldwide Agenda. *Critical Care Medicine*, 44(10), s. 1952–1953. doi:10.1097/CCM.0000000000001937

*Moen, E. K. & Nåden, D. (2015). Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(5), s. 285–293. doi:10.1016/j.iccn.2015.03.003

Morales-Cané, I., Moral-Arroyo, J. A., Debbia, F., Guler, I., Llamas-Recio, F., Jiménez-Pastor, J. M., Cruz López-Carrasco, J., Acuña-Castroviejo, D., Rodríguez-Borrego, M. A. & López-Soto, P. J. (2022). Impact of sound levels on physiological and consciousness state of cardiovascular patients. *Nursing in Critical Care*, 27(2), s. 240–250. doi:10.1111/nicc.12746

Morton, P., Fontaine, D., Bizek, K. & Norton, C. (2024). The patient´s and Family´s Experience with critical illness. I Morton, P. & Thurman, P. (red.) *Critical care nursing – a holistic approach.* (Twelfth edition) Wolters Kluwer, s. 11-12.

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2023). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (Tredje upplagan). Studentlitteratur, s. 473-490.

*Nasiri, E., Dashti, S., Karimollahi, M., Alefbaei, A., Aghamohamamadi, D. & Shahmari, M. (2024). Lived Experiences of Conscious Intubated Patients in the Intensive Care Units: A Qualitative Phenomenological Study in Iran. *BMJ Open*, 14(11), s. e085271. doi:10.1136/bmjopen-2024-085271

Nordin, S. (2021). Evidensbaserade vårdmiljöer för äldre. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A. & Öhlén, H. (red.). *Omvårdnad på avancerad nivå – Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden.* (uppl. 2:4). Studentlitteratur, s. 309-319.

Olausson, S., Lindahl, B. & Ekebergh, M. (2013). A phenomenological study of experiences of being cared for in a critical care setting: The meanings of the patient room as a place of care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(4), s. 234–243. doi:10.1016/j.iccn.2013.02.002

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), s. 210–210. doi:10.1186/s13643-016-0384-4

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S. & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Online)*, 372, s. n71–n71. doi:10.1136/bmj.n71

Paul, G., Mahajan, R. K., Gautam, P. L., Kaur, G., Paul, S. S. & Paul, B. (2024). Voices from the ICU: Perspectives on Humanization in Critical Care Settings. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 28(10), s. 923–929. doi:10.5005/jp-journals-10071-24811

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition). Wolters Kluwer Health.

Priebe, G. & Landström, C. (2023). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (Tredje upplagan). Studentlitteratur, s. 27-44.

*Rose, L., Allum, L. J., Istanboulian, L. & Dale, C. (2022). Actionable processes of care important to patients and family who experienced a prolonged intensive care unit stay: Qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 78(4), s. 1089–1099. doi:10.1111/jan.15083

Rosén, M. (2023). Systematisk litteraturöversikt. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (Tredje upplagan). Studentlitteratur, s. 435-448.

Sen-Crowe, B., Sutherland, M., McKenney, M. & Elkbuli, A. (2021). A Closer Look Into Global Hospital Beds Capacity and Resource Shortages During the COVID-19 Pandemic. *The Journal of Surgical Research*, 260, s. 56–63. doi:10.1016/j.jss.2020.11.062

*Slettmyr, A., Frank, C. & Falk, A.-C. (2022). The core of patient-participation in the Intensive Care Unit: The patient's views. *Intensive & Critical Care Nursing*, 68, s. 103119–103119. doi:10.1016/j.iccn.2021.103119

Speed, H. & Hardy, G. (2024). Management of the circulation on the intensive care unit. *Surgery (Oxford)*, 42(10), s. 753–758. doi:10.1016/j.mpsur.2024.07.002

*Stayt, L. C., Seers, K. & Tutton, E. (2015). Patients' experiences of technology and care in adult intensive care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), s. 2051–2061. doi:10.1111/jan.12664

Svenska intensivvårdsregistret SIR (2024). *Årsrapport 2023.* https://www.icuregswe.org/globalassets/arsrapporter/arsrapport_2023_final.pdf [25-02-18]

Svenska intensivvårdsregistret SIR (2025). *25 i topp – Huvudsakliga IVA-diagnoser (vårdtillfälle)*
https://portal.icuregswe.org/utdata/sv/report/prod_diagnoser-antal [25-05-08]

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård & Svenska Intensivvårdssällskapet (2024). *Riktlinjer för svensk intensivvård.*
https://sfai.se/wp-content/uploads/2024/04/Riktlinjer-svensk-intensivvard-2024.pdf [25-02-26]

Todres, L., Galvin, K. T. & Holloway, I. (2009). The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 4(2), s. 68–77. doi:10.1080/17482620802646204

*Tronstad, O, Flaws, D, Lye, I, Fraser, J. F. & Patterson, S. (2021). Doing time in an Australian ICU; the experience and environment from the perspective of patients and family members', *Australian Critical Care*, 34(3), s. 254–262. doi:10.1016/j.aucc.2020.06.006

Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), s. 1575–1587. doi:10.1007/s00134-011-2300-7

van Oorsouw, R., Oerlemans, A., van Oorsouw, G., van den Boogaard, M., van der Wees, P. & Koenders, N. (2023). Patients' lived body experiences in the intensive care unit and beyond - a meta-ethnographic synthesis. Physiotherapy Theory and Practice, ahead-of-print(ahead-of-print), s. 1–33. doi:10.1080/09593985.2023.2239903

*Vogel, G., Forinder, U., Sandgren, A., Svensen, C. & Joelsson-Alm, E. (2023). The distorted memories of patients treated in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 79, s. 103522–103522. doi:10.1016/j.iccn.2023.103522

Waydhas, C., Riessen, R., Markewitz, A., Hoffmann, F., Frey, L., Böttiger, B. W., Brenner, S., Brenner, T., Deffner, T., Deininger, M. M., Janssens, U., Kluge, S., Marx, G., Schwab, S., Unterberg, A. W., Walcher, F. & van den Hooven, T. (2023).

Recommendations on the structure, personal, and organization of intensive care units. *Frontiers in Medicine*, 10, s. 1196060–1196060. doi:10.3389/fmed.2023.1196060

Wijk, H. & Nordin, S. (2017). *Vårdmiljöns betydelse för hälsa och välbefinnande.* file:///C:/Users/sandr/Downloads/admin,+Wijk_Nordin_s156-166%20(2).pdf [25-02-25]

Yahui, Y., Juan, W., Huifen, X., Xiaoqin, L., Yinan, W., Yang, G. & Chunmei, S. (2022). Experiences and Needs of Patients and Relatives During Hospitalization in an Intensive Care Unit in China: A Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 33(2), s. 141–149. doi:10.1177/10436596211043277

*Yilmaz, S. A. & Celik, S. S. (2022). Patient privacy: A qualitative study on the views and experiences of nurses and patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 39(2), s. 12–22. doi:10.37464/2020.392.447

Zhu, L., Hu, D., Shah, S. J. & Hu, X. (2025). A Design-Driven Approach Exploring Therapeutic Building-Nature Integration Strategies in Healthcare. *HERD*, 18(2), s. 78–96. doi:10.1177/19375867251313990

Åkerman, E. (2021). Säker vård vid överflyttning av patient från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning. I Edberg, A.-K., Ehrenberg, A., Wijk, H. & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (Andra upplagan). Studentlitteratur, s. 473-481.

Bilagor

Bilaga 1: Sökmatris

PubMed 04.03.25	Sökord	Filter / Avgränsningar	Antal träffar	Artiklar överförda till Rayyan AI
#1	"ICU patient*" OR "Intensive care unit patient*" OR "Critical care patient*" OR "Critical* ill patient*" OR "Intensive Care Unit" OR "ICU Intensive Care Units" OR ICU OR "Critical care unit"	[All Fields]	326,019	
#2	"Health facility environment" OR Health facilitie* OR "Patient* room*" OR "Care environment" OR Environment* OR "Hospital design" OR "Design" OR "Room design" OR "Environmental factor*" OR "Intensive care unit environment" OR "Bed space*" OR "Place*"	[All Fields]	5,692,554	
#3	”Patient* Experience*” OR ”Patient* Perception*” OR ”Patient* Attitude*” OR ”Patient* Feeling*” OR ”Patient* View*” OR ”Patient* Satisfaction*”	[All Fields]	228,936	
#4	#1 AND #2		71,485	
#5	#4 AND #3		1,300	
#6	#5	In the last 10 years, English, Adult: 19+ years	367	367

Cinahl 05.03.25	Sökord	Filter / Avgränsningar	Antal träffar	Artiklar överförda till Rayyan AI
#1	"ICU patient*" OR "Intensive care unit patient*" OR "Critical care patient*" OR "Critical* ill patient*" OR "Intensive Care Unit" OR "ICU Intensive Care Units" OR ICU OR "Critical care unit"	Find all my search terms	99,909	
#2	"Health facility environment" OR Health facilitie* OR "Patient* room*" OR "Care environment" OR Environment* OR "Hospital design" OR "Design" OR "Room design" OR "Environmental factor*" OR "Intensive care unit environment" OR "Bed space*" OR "Place*"	Find all my search terms	1,426,575	
#3	"Patient* Experience*" OR "Patient* Perception*" OR "Patient* Attitude*" OR "Patient* Feeling*" OR "Patient* View*" OR "Patient* Satisfaction*"	Find all my search terms	162,559	
#4	#1 AND #2		33,911	
#5	#4 AND #3		1,036	

#6	#5	Publication Date: 20150101-20250101. English Language; Peer Reviewed Narrow by Subject Age: - all adult	339	339

Web of Science 04.03.25	Sökord	Filter / Avgränsningar	Antal träffar	Artiklar överförda till Rayyan AI
#1	"ICU patient*" OR "Intensive care unit patient*" OR "Critical care patient*" OR "Critical* ill patient*" OR "Intensive Care Unit" OR "ICU Intensive Care Units" OR ICU OR "Critical care unit"	[All Fields]	271,221	
#2	"Health facility environment" OR Health facilitie* OR "Patient* room*" OR "Care environment" OR Environment* OR "Hospital design" OR "Design" OR "Room design" OR "Environmental factor*" OR "Intensive care unit environment" OR "Bed space*" OR "Place*"	[All Fields]	14,272,115	
#3	"Patient* Experience*" OR "Patient* Perception*" OR "Patient* Attitude*" OR "Patient* Feeling*" OR "Patient* View*" OR "Patient* Satisfaction*"	[All Fields]	169,982	
#4	#1 AND #2		59,546	
#5	#4 AND #3		928	
#6	#5	Languages: English. Publication Years from 2015 to 2025	657	657

Bilaga 2. JBI checklista

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer_____.
Date_____.

Author_____Year_____ Record Number_____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	☐	☐	☐	☐
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	☐	☐	☐	☐
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	☐	☐	☐	☐
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	☐	☐	☐	☐
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	☐	☐	☐	☐
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	☐	☐	☐	☐
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?	☐	☐	☐	☐
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	☐	☐	☐	☐
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	☐	☐	☐	☐
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Bilaga 3. Artikelmatris

Artikel nr	Allmän information	Titel och Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet enligt JBI
1	**Författare:** Alexandersen, I., Haugdahl, H. S., Paulsby, T. E., Lund, S. B., Stjern, B., Eide, R., & Haugan, G. **Årtal:** 2021 **Land:** Norge **Tidskrift:** *Journal of clinical nursing*	**Titel:** A qualitative study of long-term ICU patients' inner strength and willpower: Family and health professionals as a health-promoting resource. **Syfte:** Att utforska hur närvaron av familj och vårdpersonal påverkar långvarigt kritiskt sjuka patienters inre styrka och viljestyrka som ett incitament för dem att fortsätta kämpa för återhämtning.	**Design:** Ett kvalitativt hermeneutisk-fenomenologiskt synsätt tillämpades. **Urval:** 17 långtidskritiskt sjuka intensivvårdspatienter extraherades från ett universitetssjukhus i Norge. **Deltagare:** 17 långvarigt kritiskt sjuka patienter i Norge inkluderades till studien. **Datainsamling:** Individuella djupintervjuer genomfördes med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor. **Analys:** Hermeneutisk-fenomenologisk ansats	Resultatet skildrar upplevelser av intensivvårdsmiljön på flera sätt. Inredning saknade estetik och kunde utlösa mardrömmar. Igenkännande föremål och familjemedlemmar symboliserade någon form av normalitet, vilket var meningsfullt både för återhämtningsprocessen och motivationen. Det framkom att vissa patienter känt sig objektifierad när vårdpersonal haft mer fokus på den medicintekniska utrustningen än på dem som människor. Flera patienter beskrev att det saknade förståelse för sin situation. Resultatet belyser flera aspekter av kommunikationsbarriärer och vikten av kontinuerlig information. God kommunikation var särskilt viktig med hänsyn till att det upplevdes som en grundpelare för trygghet i vårdrelationen. Vårdpersonal som använde ordet “vi” i kommunikation fick patienter att känna sig erkända och inkluderade i vårdteamet.	Hög kvalitet 10/10
2	**Författare:** Alexandersen, I., Stjern, B., Eide, R., Haugdahl, H. S., Engan Paulsby, T., Borgen Lund, S., & Haugan, G. **Årtal:** 2019 **Land:** Norge **Tidskrift:** *Journal of Clinical Nursing.*	**Titel:** "Never in my mind to give up!" A qualitative study of long-term intensive care patients' inner strength and willpower-Promoting and challenging aspects **Syfte**: Retrospektivt utforska upplevelser av inre styrka och viljestyrka bland långvariga intensivvårdspatienter under hela deras sjukdomsprocess.	**Design:** Kvalitativ hermeneutisk-fenomenologisk ansats. **Urval:** Informanter valdes ut på ett universitetssjukhus i Norge. **Deltagare:** 17 deltagare inkluderades. **Datainsamling:** Individuella djupintervjuer med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor. **Analys:** Hermeneutisk-fenomenologisk ansats.	Resultatet visar att det jobbigaste med den fysiska vårdmiljön var att ha något i halsen. Det framkom att patienter saknade förståelse för omgivningsfaktorer som exempelvis betydelsen av den medicintekniska utrustningen, vilket kunde härledas till bristande information. Utöver det beskrevs ljud, ljus och störd sömn som direkt dränerande på patientens egna resurser, vilket skapade stor stress. Resultatet visar att vissa patienter hade förmåga att omvända negativa upplevelser i vårdmiljön till positiva, medan andra fann styrka, stöd och motivation antingen via familjens närvaro eller genom tilltro till Gud. Vikten av goda vårdrelationer och att få känna sig värdefull som människa var en återkommande upplevelse som resulterade i att patienter orkade bära lidandets nu, och motiverades att fortsätta kämpa för livet.	Hög kvalitet 10/10
3	**Författare:** Demir, G., & Seki Öz, H **Årtal:** 2025 **Land:** Turkiet **Tidskrift:** *OMEGA - Journal of Death and Dying*	**Titel:** Psychological Experiences of Elderly Patients With Covid-19-Diagnosis in Intensive Care: A Qualitative Study **Syfte:** Fastställa upplevelser hos äldre covid-19-patienter som varit inlagda på intensivvårdsavdelning.	**Design:** Fenomenologiska design. **Urval:** Äldre personer ≥65 år, som varit inlagda på intensivvårdsavdelningen på *Kırşehir Training and Research Hospital* med diagnosen covid-19 och som sedan skrevs ut. **Deltagare:** 15 personer inkluderades till studien.	Resultatet visar att patienter upplevde att den medicintekniska utrustningen begränsade dem och att ljud upplevdes som direkt demolerande. Ljud kunde härledas både till medicinteknisk utrustning och till andra människor i samma vårdmiljö. Det framkom att patienter, på olika sätt bevittnade andra människors lidande vilket resulterade i rädsla för döden och dödsångest. Vårdpersonal som var lyhörda och hängivna ökade patienternas upplevelse av trygghet, motivation och livslust. Resultatet visar att	Hög kvalitet 9/10

Artikel nr	Allmän information	Titel och Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet enligt JBI
			Datainsamling: Semistrukturerade och djupgående intervjuer med öppna frågor. **Analys:** Colaizzis fenomenologiska tolkningsmetod	patienter såg tillbaka på sin intensivvårdsvistelse med negativ anda, men erkände att upplevelsen givit dem ny inställning till livet och till sin hälsa, vilket beskrevs som meningsfullt.	
4	**Författare:** Erkoc, A., Polat Dunya, C., & Uren, S. **Årtal:** 2024 **Land:** Turkiet **Tidskrift:** BACN Nursing in Critical Care	**Titel:** Night-time sleep of intensive care patients: A qualitative study. **Syfte:** Att beskriva vuxna patienters upplevelser av nattsömn på IVA**.**	**Design:** En kvalitativ studie med en fenomenologisk ansats. **Urval:** Patienter på intensivvårdsavdelning som hade vårdats minst i 24 timmar. **Deltagare:** 10 deltagare. **Datainsamling:** Data erhölls genom semistrukturerade intervjuer baserade på en intervjuguide. **Analys:** En kvalitativ innehållsanalys med hjälp av en induktiv ansats genomfördes.	. I resultatet framkom det flera faktorer på IVA som störde patientens sömn. Buller och ljud som vårdpersonal orsakade kunde vara ljud från att dörrarna när det öppnades och stängdes eller när vårdpersonalen skämtade och skrattade med varandra samt ljud från andra patienter som hade ont. Ljud från tekniska apparater, larmljud framkallade känslor av oro. Patienter kunde uppleva en sorg över att höra andra patienters lidande.	Hög kvalitet 10/10
5	**Författare:** Laerkner, E., Egerod, I., Olesen, F., & Hansen, H. P. **Årtal:** 2017 **Land:** England **Tidskrift:** *International journal of nursing studies*	**Titel:** A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit **Syfte:** Att utforska patienters upplevelser av att vara vakna under kritisk sjukdom och mekanisk ventilation på en intensivvårdsavdelning.	**Design**: Interpretive Description, en tillämpad induktiv, kvalitativ ansats inspirerad av etnografi, grounded theory och fenomenologi. **Urval:** Ett målmedvetet urval av intensivvårdspatienter som hade varit vakna under mekaniskt ventilerade i minst 3 dagar med ett RASS-poäng på noll. **Deltagare:** Tjugoåtta patienter observerades. Tjugo patienter intervjuades en vecka efter utskrivning från intensivvårdsavdelningen. Tretton patienter intervjuades igen två-fyra månader efter utskrivningen. **Datainsamling:** Fältarbete/ deltagarobservationer på två olika intensivvårdsavdelningar med tillhörande individuella intervjuer. **Analys:** Data analyserades med hjälp av kvalitativ, deskriptiv och tolkande tematisk analys.	Resultatet visar att patienter som vårdats vakna på en intensivvårdsavdelning hade förmåga att interagera med omgivningen under hela vårdförloppet. Patienter kände att de hade förmåga att påverka, initiera och styra sin vård vilket var positivt. Andra patienter beskrev en bristande förståelse för verksamhetens invasiva behandlingar, vilket grundade sig i bristande information. Vidare framkom vikten av ömsesidiga vårdrelationer och vikten av att vårdpersonal respekterade muntliga överenskommelser. Resultatet belyser även vikten av kontinuitet på vårdsalen, igenkännande föremål och familjemedlemmars närvaro. I resultatet beskrev patienterna upplevelser som var kopplade till den fysiska miljön, och känslor som uppstod till följd av den. Att inte kunna värja sig för andra människors lidande var en sådan upplevelse som utlöste många negativa, existentiella tankar och känslor.	Hög kvalitet 10/10
6	**Författare:** Lindberg, C, Sivberg, B,	**Titel:** A trajectory towards partnership in care -- Patient experiences of autonomy in	**Design:** Kvalitativ design **Urval:** Patienter från sex svenska intensivvårdsavdelningar.	Resultatet påvisar att patienter påverkades av den sociala interaktionen från vårdpersonalen. Vårdpersonalen kunde bidra till trygghet när vårdpersonalen befann sig i rummet då det fanns	Hög kvalitet 10/10

Artikel nr	Allmän information	Titel och Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet enligt JBI
	Willman, A & Fagerström, C **Årtal:** 2015 **Land:** Sverige **Tidskrift:** Intensive and Critical Care Nursing	intensive care: A qualitative study. **Syfte:** Syftet med denna studie var att beskriva och belysa patienters upplevelser av autonomi i en intensivvårdskontext ur ett omvårdnadsperspektiv.	**Deltagare:** 11 vuxna patienter som har vårdats längre än två dagar **Datainsamling:** Individuella intervjuer **Analys:** Data analyserades med hjälp av induktiv innehållsanalys	rädslor av att bli lämnade ensamma. Vårdpersonalens attityd kunde dock uppmärksamma patienternas fysiska begränsningar såsom svullna händer. Patienter uppgav att de hade ett behov av att känna sig omhändertagna. Den fysiska miljön upplevdes obekant, sladdar och slangar kunde framkalla känslor av oro. Det fanns även oro för att något skulle hända respiratorn som ansågs som en livlina.	
7	**Författare:** Moen Klavestad, E., & Nåden, D. **Årtal:** 2017 **Land:** Norge **Tidskrift:** Intensive and Critical Care Nursing	**Titel:** Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study **Syfte**: Syftet med studien var att skaffa kunskap om vad som bidrar till att upprätthålla och främja intensivvårdspatienters värdighet.	**Design:** Fenomenlogisk och explorativ ansats **Urval:** Medelstor intensivvårdsavdelning i Norge **Deltagare:** Sju deltagare som hade tidigare vårdats på intensivvårdsavdelning **Datainsamling:** Intervjuerna ägde rum mellan fem och tolv månader efter utskrivning från IVA. Öppna frågor ställdes med möjligheter till följdfrågor. **Analys:** Fenomenlogisk analysstrategi. Bestod av fyra steg, att utveckla en känsla för helheten, att identifiera meningsenheter, att abstrahera innehållet i enskilda meningsenheter och slutligen att syntetisera betydelsen av meningsenheterna	I resultatet framkom det att sjuksköterskor hade en stor betydelse för upplevelsen av intensivvårdsmiljön, då sjuksköterskor jämfördes med änglar som ständigt var i rummet. Patienter kunde känna sig objektifierade när täcket lyftes utan förvarning vid undersökning. När vårdpersonalen tänkte på patientens välmående genom att ställa frågor kunde det främja känslan av värdighet. Om patienterna inte blev sedda och hörda så kunde de känna sig kränkta och om vårdpersonalen hade nedlåtande attityd kunde det utlösa känsla av maktlöshet. Gardinerna runt sängen upplevdes otillräcklig skydd som kunde framkalla känslor av förnedring vid omvårdnad. Patienter kunde uppleva frustration och irritation när den verbala kommunikationen hämmades av tuben/slangen i halsen. Oförmågan att kunna kommunicera sina behov av vård upplevdes av deltagarna som ett av de mest frustrerande problemen. Flera beskrev känslor som hjälplöshet, men också ilska och irritation.	Hög kvalitet 10/10
8	**Författare:** Nasiri, Dashti, Karimollahi, Alefbaei, Aghamohamamadi & Shahnari **Årtal:** 2024 **Land:** Iran **Tidskrift:** BMJ	**Titel:** Lived Experiences of Conscious Intubated Patients in the Intensive Care Units: A Qualitative Phenomenological Study in Iran **Syfte:** Denna studie syftar till att utforska de levda erfarenheterna av medvetna intuberade patienter på intensivvårdsavdelningar i Iran	**Design:** En kvalitativ studie genomfördes med hjälp av en tolkande fenomenologisk ansats **Urval:** Forskningen utfördes på intensivvårdsavdelningarna på ett universitetssjukhus som är knutet till University of Medical Sciences i en stad i nordvästra Iran. Forskningsmiljön omfattar flera intensivvårdsavdelningar. **Deltagare:** En målinriktad metod användes för att välja ut 13 patienter som genomgick medveten intubation i över 24 timmar **Datainsamling:** Djupintervjuer var den primära metoden för datainsamling.	Resultatet påvisade att vårdas på IVA med invasiva behandlingar som att vara intuberad kan framkalla många negativa känslor. Endotrakealtuben kunde orsaka känslor som irritation, obehag och fysisk påverkan som smärta, illamående, outsläcklig törst. Ilska, förtvivlan, frustration, rädsla för döden, hjälplöshet var också känslor som kunde upplevas av intuberade patienter. Den hämmade verbala kommunikationen och framkallade många negativa känslor. Att inte kunna kommunicera med vårdpersonalen eller familjemedlemmar kändes plågsamt. Det kunde även upplevas som att vårdpersonalen inte tog patienternas önskemål på allvar. Patienterna kände sig frustrerade, skrämmande, rädsla för permanent förlust av rösten/talförmågan. Patienters känslomässiga välbefinnande påverkades av vårdpersonalens förhållningssätt. Om patienter fick information/förklaring till vårdinsatserna så kunde det främja	Hög kvalitet 9/10

Artikel nr	Allmän information	Titel och Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet enligt JBI
			Analys: Data analyserades med hjälp av en hermeneutisk ansats baserad på den metod som beskrivits av Dickelman et al (1989).	komfort och avslappning. Omvänt kunde det i stället resultera till att patienter kände frustation och irritation.	
9	**Författare:** Rose, L., Allum, L. J., Istanboulian, L., & Dale, C **Årtal:** 2022 **Land:** England **Tidskrift:** *Journal of Advanced Nursing.*	**Titel:** Actionable processes of care important to patients and family who experienced a prolonged intensive care unit stay: Qualitative interview study **Syfte:** Att använda positiva avvikelser för att identifiera handlingsbara vårdprocesser som kan förbättra resultat och upplevelser ur perspektivet hos överlevande och familjemedlemmar till dem som vårdats långvarigt på en intensivvårdsavdelning.	**Design:** Prospektiv kvalitativ intervjustudie i två geografiskt avlägsna miljöer: Kanada och Storbritannien. **Urval:** Multimodal och målinriktad rekryteringsstrategi i båda länderna vilket bestod av direkta rekryteringsmetoder i deltagande sjukhusmiljöer. **Deltagare:** 29 deltagare inkluderades, (15 kanadensiska och 14 från Storbritannien). 11 personer var överlevande från långvarig intensivvårdsvistelse och 18 deltagare var familjemedlemmar. **Datainsamling:** Personliga intervjuer med en semistrukturerad intervjuguide. **Analys:** Innehållsanalys med positiv avvikelsemetod.	I resultatet framkom att konstanta stimuli i vårdmiljön kunde upplevas onödig och störande. Patienter upplevde att minskat stimuli, neddragna besökstider och minimerat antal personer i vårdmiljön bidrog till främjad vila, och ökat välbefinnande. Det framkom att patienter kände sig erkända som människor och delaktiga i sin vård och att vårdpersonal som fokuserade på att stärka patientens psykiska välbefinnande lindrade patientens fysiska påfrestningar. För patienter som erhöll dagbok under sin intensivvårdsvistelse framkom att den bidrog till psykiskt och emotionellt välbefinnande samtidigt som den hjälpte patienten att återfå tidsuppfattning och minne.	Hög kvalitet 10/10
10	**Författare:** Slettmyr, A., Frank, C., & Falk, A.-C. **Årtal:** 2022 **Land:** Sverige **Tidskrift:** *Intensive & Critical Care Nursing.*	**Titel:** The core of patient-participation in the Intensive Care Unit: The patient's views. **Syfte:** Att utforska innebörden av patientdeltagande på intensivvårdsavdelning ur patientens perspektiv.	**Design:** En kvalitativ studiedesign. **Urval:** Rekrytering av deltagare skedde på intensivvårdens uppföljningsmottagning. **Deltagare:** Nio deltagare inkluderades. **Datainsamling:** Individuella intervjuer, med öppenhet för fenomenet. **Analys:** Fenomenologisk hermeneutisk metod.	Resultatet visar att inkludering, delaktighet och goda vårdrelationer var viktiga aspekter i förhållande till huruvida vården upplevdes som vårdande eller inte. Vissa patienter redogjorde för att det hade förmåga att självständigt ta kontroll i vårdsituationer vilket var positivt. Andra patienter redogjorde att de kände sig som medpassagerare i vården och att de inte ville belasta vårdpersonalen med frågor eller egna tycken. I resultaten framkom olika aspekter av interaktioner mellan vårdpersonal och patienter. Vårdpersonalens bemötande medförde att vissa patienter kände sig erkända som människor och inkluderade i teamet medan andra kände sig isolerade och objektifierade. Vikten av information, kommunikation och familjens närvaro beskrevs.	Hög kvalitet 10/10
11	**Författare:** Stayt, L. C., Seers, K., & Tutton, E. **Årtal:** 2015 **Land:** England **Tidskrift:** *Journal of Advanced Nursing.*	**Titel:** Patients' experiences of technology and care in adult intensive care **Syfte:** Att utforska patienters erfarenheter av teknik på en vuxenintensivvårdsavdelning.	**Design:** Heideggeriansk fenomenologisk undersökningsmetod. **Urval:** Ett bekvämlighetsprov av alla patienter som varit på intensivvårdsavdelning i fyra eller fler dagar bjöds in till en uppföljningsmottagning 12 veckor efter utskrivning. Potentiella deltagare fick ett brev	Resultatet visat att patienter upplevde vård och medicinskteknisk utrustning som oskiljaktiga. Vårdpersonalen skildrades som en förlängning av tekniken vilket fick patienter att känna sig trygga. Tidvis upplevde och beskrev patienter att det hade känt sig osynliga, vilket uppstod vid tillfällen där vårdpersonalen hade mer fokus på tekniken än på dem som människor. Det framkom att vissa patienter aldrig känt sig så uppmärksammade och	Hög kvalitet 10/10

Artikel nr	Allmän information	Titel och Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet enligt JBI
			som uppmanade dem att delta i en intervju antingen före eller efter det planerade mötet. Patienter som inte kunde samtycka till att delta, inte mådde tillräckligt bra för att bli intervjuade eller som inte talade engelska uteslöts från studien. **Deltagare:** 19 deltagare inkluderades till studien. **Datainsamling:** Intervjuer. En lista med frågor om intervjuämnen inklusive nyckelfraser relaterade till fenomenet användes som ett stöd vid intervjuerna. **Analys:** Intervjuer transkriberades *ordagrant* och analyserades med hjälp av Van Manens ramverk.	försummade på samma gång vilket resulterade i känslor av ensamhet. Resultatet visar att majoriteten av patienter hade känt sig omhändertagna av vårdpersonalen även om det upplevdes som en opersonlig vård, emellanåt. Patienter erkände tekniken som "ett nödvändigt ont" och för de patienter som erhöll information om tekniken beskrevs återhämtningsprocessen mer hanterbar och begriplig.	
12	**Författare:** Tronstad, O., Flaws, D., Lye, I., Fraser, J., & Patterson, S. **Årtal:** 2020 **Land:** Australien **Tidskrift:** *Australian Critical Care*	**Titel:** Doing time in an Australian ICU; the experience and environment from the perspective of patients and family members **Syfte:** Huvudsyftet var att informera utformningen av en optimerad intensivvårdsplats genom att utveckla en förståelse för hur patienter och deras närstående upplever intensivvårdsmiljön och dess inverkan på återhämtningen.	**Design:** En kvalitativ deskriptiv studie genomfördes **Urval:** Patienter på ett stort thoraxspecialistsjukhus **Deltagare:** 17 intensivvårdspatienter **Datainsamling:** Semistrukturerade intervjuer **Analys:** Ramverksmetod, analys med hjälp av rammetoden användes deduktiv och induktiv ansats i fem steg	Resultatet påvisar att vårdpersonalens konversationer sinsemellan kunde uppfattas oprofessionellt och om förhållningssättet som bristande empati utmärkte sig kunde patienter känna sig osedda. Patienter kände sig ensamma och isolerade när familjen inte var på besök så ofta som patienterna ville men samtidigt uppgav patienter att besöken kunde vara utmattande och potentiellt kunde hindra återhämtningen med ständigt att ha familjen närvarande. Enkelrum beskrevs som tystare och gav avskildhet och avstånd från den högstimulerande miljön men också en känsla av isolering. Patienter beskrev bullret och den upplevda trängseln på avdelningen som störande. Att exponeras för klinisk vård av andra patienter, att se eller höra medicinska nödsituationer tas hand om och bevittna andra patienter att dö var skrämmande. Sjuksköterskornas arbetsplats var livsbejakande och det gav patienten något annat att tänka och fokusera på. Patienter tyckte att sängplatserna vara röriga och för små för att rymma nödvändiga utrustningar. Patienter som fick exponeras för utsikt och utomhus gjorde dem glada. Patienter upplevde intensivvårdsmiljön som bullrig och artificiellt ljus. Larm och medicinska utrustning framkallade känslor av oro och stress. Patienter som hade vårdats under en lång tid på IVA som var mer vakna och alerta tyckte att miljön framkallade frustration då det inte hade något att sysselsätta sig med.	Hög kvalitet 10/10
13			**Design:** Kvalitativ deskriptiv design		Hög kvalitet

Artikel nr	Allmän information	Titel och Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet enligt JBI
	Författare: Vogel, G., Forinder, U., Sandgren, A., Svensen, C., & Joelsson-Alm, E. **Årtal:** 2023 **Land:** Sverige **Tidskrift:** Intensive and Critical Care Nursing	**Titel:** The distorted memories of patients treated in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic: A qualitative study **Syfte:** Var att utforska minnen och hur de upplevs och hanteras av tidigare patienter som har behandlats för covid-19 på en intensivvårdsavdelning	**Urval:** Studien genomfördes på ett stort akutsjukhus i Sverige med 16 intensivvårdsplatser. Rekryteringen skedde löpande i samarbete med den lokala IVA:s uppföljningsmottagning, där deltagarna fick ett besök 2–6 månader efter utskrivning från IVA. **Deltagare:** Patienter> 18år som har varit inlagda på IVA på grund av covid-19 mellan mars och juli 2020 och som har upplevt minnen från IVA samt förstår svenska språket. **Datainsamling:** Individuella intervjuer med öppna frågor. **Analys:** Genomfördes med tematisk analys som genomfördes i sex steg.	Resultatet påvisar att vanföreställningar, hallucinationer är vanligt förekommande på IVA. Miljön kan uppfattas både som skräckinjagande och harmonisk. Vårdpersonalens beteende och förmåga att förmedla trygghet i förhållningssättet påverkade mer än upplevelser och känslor som det visuella framkallade. När vårdpersonalen hade fysisk kontakt med patienten som att hålla i handen bidrog till känslor av trygghet. Ansiktsmasker, visir och heltäckande skyddskläder kunde framkalla både känslor av trygghet och en distans från verkligheten. Intensivvårdsmiljön kunde uppfattas som stökig, högljutt med konstiga händelser med människor som såg konstiga ut. Konspirationer som att det sker experiment med människor, att det sker våld och krig. Det kunde även uppfattas som en harmonisk, färgstark vårdmiljö med trevliga människor. Den harmoniska känslan kunde framkalla en existentiell känsla av att patienten har varit i himlen.	10/10
14	**Författare:** Yilmaz, S. A., & Celik, S. S. **Årtal:** 2022 **Land:** Turkiet **Tidskrift:** Australian Journal of Advanced Nursing	**Titel:** Patient privacy: a qualitative study on the views and experiences of nurses and patients **Syfte:** Syftet med studien var att ta reda på intensivvårdssjuksköterskors och patienters syn och erfarenheter på frågan om att skydda patienternas integritet**.**	**Design:** Kvalitativ studie med fenomenologisk metod**.** **Urval:** Sjuksköterskor och patienter från intensivvårdsavdelningar på ett statligt sjukhus i Turkiet. **Deltagare:** 14st sjuksköterskor och 14st patienter. **Datainsamling:** Semistrukturerade intervjuformulär. **Analys:** Frekvens och procentandel användes för att analysera beskrivande egenskaper hos sjuksköterskor och patienter. Dataanalyssteg följdes för konvergerande mönster för kvalitativa data. Kvalitativa data som samlats in oberoende av varje deltagare analyserades oberoende av varandra. De inspelade semistrukturerade individuella intervjuerna ansikte mot ansikte transkriberades av forskarna.	I resultatet framkom det att både sjuksköterskor och patienter upplevde att det är en utmaning att skydda patienternas integritet på IVA. Patienter kan kunde sig kränkta när personlig information om dem själva kunde höras av andra. Sjuksköterskor som talade ovänligt kunde uppfattas kränkande. Patienter kunde vara oroliga för att bli illa behandlade om de skulle klaga vilket framkallade känslor av hjälplöshet. Fysiska miljön som rummet kunde uppfattas trångt, otillräcklig med integritetsskydd med endast gardiner runt sängarna.	Hög kvalitet 9/10