

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2015:28

The practice of compromise -
Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att arbeta i en IVA-
modul

Dragana Milesic
Erika Peters



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: The practice of compromise - Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att arbeta i en IVA-modul

Författare: Dragana Milesic och Erika Peters

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot intensivvård

Handledare: Berit Lindahl

Examinator: Björn-Ove Suserud

Sammanfattning

De senaste åren har forskning runt miljöns betydelse för patientens välbefinnande och tillfrisknande tagit fart. Medvetenhet om närståendes betydelse för den kritiskt sjuke har också ökat. Detta har gjort att de befintliga flerpatientrummen är i behov av renovering för att göra plats för närstående som är allt mer närvarande på rummet. Forskningen har visat att genom att vårdas i enpatientrum kan patienten få mera ro och förbättrad sömn. Förekomst av delirium minskar och smittspridningen blir lägre. Dock finns det negativa aspekter av enpatientrum som ger en ökad kostnad och kräver mer personal – något som kan bidra till att det inte byggs i lika stor utsträckning som behovet finns. Den aktuella studien är genomförd på en IVA som har byggts om till modulsystem, där två enpatientrum kopplas samman med hjälp av en skjutdörr. Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att arbeta i en IVA-modul. Information samlades in med hjälp av en kvalitativ forskningsintervju där tio sjuksköterskor intervjuades. Datamaterialet granskades med kvalitativ innehållsanalys. Samtliga sjuksköterskor var nöjda med att arbeta i modul. Rummens storlek och utformning uppskattades. De intervjuade upplevde dock att genom att vårda två patienter men i olika rum kunde de förlora kontroll vilket kunde skapa stress. Grundbemanningen där en sjuksköterska och en undersköterska ansvarar för två kritiskt sjuka patienter tycktes oftast inte räcka till då det kunde vara svårt att få hjälp av kollegor. Denna modullösning upplevdes som en bra kompromiss till flerpatientrum. En viktig slutsats är att modullösningar kräver mer personal och ställer högre krav på kommunikation samt samarbete personalen emellan.

Nyckelord: *Intensive care nurse, ICU, environment, single-bed room, work environment, staff cooperation, qualitative*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Flerpatientrum	1
Enpatientrum	2
Ljudmiljö inom intensivvård	3
IVA-modul	4
Vårdteoretisk ram	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Ansats	6
Kontext och deltagare	6
Datainsamling	7
Dataanalys	7
Forskningsetiska överväganden	8
RESULTAT	9
Att ha sitt lilla egna	9
Att kunna stänga sin dörr	9
Att ha gott om plats	10
Att lättare kunna hålla rent	11
Att arbeta i ensamhet	11
Att ha den rätta bemanningen	12
Att kunna samarbeta	13
Att klara sig själv	13
Att kunna planera	14
Att ha ögon i nacken	14
Att ha uppsikt över rummen	15
Att tvingas prioritera	15
Att behöva lämna patienten	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Effekter av rummets design	18
Att skapa förutsättningar för vila och avskildhet	18
Att skapa förutsättningar för goda arbetsförhållanden genom samarbete och kommunikation	19
Kliniska implikationer	20
REFERENSER	21
Bilaga 1	25

Bilaga 2	27
Bilaga 3	28
Bilaga 4	29
Bilaga 5	30

INLEDNING

På en intensivvårdsavdelning (IVA) vårdas de allra sjukaste patienterna. Det är en högteknologisk miljö med hög personaltäthet. De flesta intensivvårdsavdelningarna i Sverige har rum som är utformade för att flera patienter skall kunna vårdas i samma rum eller nära varandra. Ur historisk synvinkel kan vi förstå att det ser ut på det sättet då intensivvården uppstod genom att de svårast sjuka patienterna överlevde i större utsträckning genom att de samlades på samma plats och övervakades av fler personal. Flera nackdelar har observerats i dagens intensivvård där flera patienter delar rum och intresset för hur vården och rummets utformning kan göras bättre har växt. I litteraturen finns beskrivet hur sjuksköterskan genom sin omvårdnad kan göra vistelsen mer dräglig för patienten. Det finns också beskrivet hur estetiken och närståendes närvaro har betydelse för patientens tillfrisknande. Forskningen har även bidragit med kunskap som gjort att patienterna inte hålls djupt sederade i lika stor omfattning och inte under lika lång tid som tidigare. Dessa faktorer ställer höga krav på rummets utformning för att sjuksköterskor skall kunna ge patienterna den bästa möjliga omvårdnad utifrån gällande evidens. Arkitekter arbetar med att planera och rita rum utifrån vårdens önskemål och en lösning är IVA-modul. Den här studien fokuserar på sjuksköterskors upplevelser av att arbeta i en IVA-modul.

BAKGRUND

Svenska Intensivvårdsregistret, (SIR 2011) definierar en IVA som en högteknologisk miljö med en hög personaltäthet där det bedrivs avancerad övervakning, diagnostik och behandling av kritiskt sjuka patienter. En IVA utgörs oftast av 1-2% av ett sjukhus totala antal vårdplatser, där en sjuksköterska och en undersköterska ansvarar för en till två patienter (Soini & Stiernström 2007, ss. 13-14).

Flerpatientrum

I studien gjord av Olausson, Lindahl och Ekebergh (2013, ss. 238-240) beskrivs hur rummets utformning har stor betydelse för patientens upplevelse, välmående och tillfrisknande. Personliga tillhörigheter kunde påminna om livet innan sjukdomen och ger kraft att kämpa. Kunskapen har även ökat kring närståendes positiva betydelse för patienten vilket gör att de är mera närvarande på rummet. Detta i kombination med all medicinteknisk utrustning gör att det blir trångt på flerbäddsrum. Enligt Eriksson, Lindahl och Bergboms (2010, s. 53) studie där närstående och patienters samspel under besök på IVA observerades bidrog inte design av vådrummet positivt till samspelet mellan patienten och dennes familj. Ytan för patientens personliga tillhörigheter var begränsad. Det fanns plats för personal men inte för besökare.

De flesta intensivvårdsrum är utformade som flerpatientrum vilket påverkar patientens upplevelse av vistelsen på IVA och riskerar att förlänga vårdtiden (Bizek & Fontaine 2013, s 20). Patienten som delar rum med en annan svårt sjuk patient blir lätt skrämmd av att höra denne på andra sidan avskiljaren vilket kan inge känslan av hjälplöshet och ångest (Johansson, Bergbom & Lindahl 2012, s. 276). Detta framhålls även i studien av Olausson, Lindahl och Ekebergh (2013, s. 239) som fann att energin att kämpa minskar och rädslan att själv förlora livet ökar genom att höra en annan patient som vårdas i

samma rum lida. Vidare skriver Olausson, Lindahl och Ekebergh (2013, s. 238) att utformningen av miljön är av stor betydelse för patientens upplevelse av rummet. Resultatet i deras studier visade att rummet upplevs kroppsligen utifrån deras kamp för överlevnad och av de händelser som sker i rummet. Enligt Caruso, Guardian, Tiengo, Dos Santos och Junior (2014, s. 2206) har kritiskt sjuka patienter som vårdas på IVA i enpatientrum lägre förekomst av delirium än patienter som vårdas i ett rum med andra. Enligt Ugras och Öztekin (2007, s. 303) påverkar miljöfaktorer patienters sömn. Patienterna uttryckte att den bullriga miljön störde sömnen mest. Larmen, röster och att höra medpatienter stöna var de tre högst rankade störningsmomenten. Åsynen av andra patienter skapade känsla av ångest och även det påverkade deras sömn negativt. Enligt Ulrich (2008, ss. 82-86) är patienter som är inlagda på sjukhus i större behov av sömn på grund av sjukdom. För att undvika miljömässiga faktorer som skapar stress och stör sömnen, såsom ljud och ljus, är därför enpatientrum att föredra.

I en studie av Jongerden, Slooter, Peelen, Wessels, Ram, Kesecioglu, Schneider och van Dijk (2013, s. 1629) som jämförde patienters och anhörigas tillfredsställelse med vård på en befintlig IVA med flerpatientrum och en nybyggd IVA med enpatientrum visade det sig att både patienterna och närstående var mer nöjda med vården på den nybyggda vårdenheten med enpatientrum.

Enpatientrum

Enligt Rashid (2014, s. 13) har efterfrågan på utrymme i intensivvårdsrummet växt under de senaste åren då numera familjeintegration och olika undersökningar också sker i rummet. I studien av Rashid (2014, s. 13) påtalas också att enpatientrum är att föredra framför flerpatientrum för ökad säkerhet. Det ger en ökad förmåga till isolering, filtration, ventilation och kontroll av luftflödet. Enpatientrum ger också möjlighet till avskildhet, interaktion och sömnkvalitet. Berezecka och Fröst (2013, ss. 3-6) skriver i sitt evidensbaserade konceptprogram för intensivvård att framtidens IVA bör bestå av enpatientrum med tillgång till egen toalett och spoldesinfektor. Fördelar med enpatientrum jämfört med flerpatientrum är många. Infektionsspridningen minskar, vårdtiden förkortas, den bidrar till förbättrad integritet samt reducerar risken för felmedicinering. Även Ulrich (2008, s. 77-78) belyser minskad risk för felmedicinering i enpatientrum. Miljöfaktorer som kan bidra till felmedicinering är plötsliga ljud som kan distrahera sjuksköterskan, att plötsligt bli avbruten, dåligt ljus och platsbrist i rummet. Vidare skriver Ulrich (2008, ss. 64-75) att vårdrelaterade infektioner beskrivs som ett allvarligt och växande problem och orsakar många dödsfall. Utformningen av den fysiska miljön har en avgörande betydelse och därför är enpatientrum med egen toalett att föredra. Odiagnostiserade infektioner hos patienter kan då testas och identifieras utan att icke-infekterade patienter utsätts för luftburen smitta. I litteraturstudien påtalas även vikten av god luftkvalitet genom effektiv ventilation för att reducera smittspridning. I studien framkommer även att kontaktsmitta är lättare att förebygga vid vård i enpatientrum genom att dessa är lättare att städa efter att patienten har blivit utskriven och att personalen tenderar att sköta sin handhygien bättre. Enligt Teltsch, Hanley, Loo, Goldberg, Gursahaney och Buckeridge (2011, s. 35) minskar risken för vårdrelaterad infektion med vård på enpatientrum och därmed kan vårdtiden förkortas. Detta stärks av Levin, Golovanevski, Moses, Sprung och Benenson (2011, s. 8) som rapporterar att även användning av antibiotika minskar när patienter vårdas i

enpatientrum och rekommenderar att detta bör tas i beaktning vid planering av framtida intensivvårdsavdelningar.

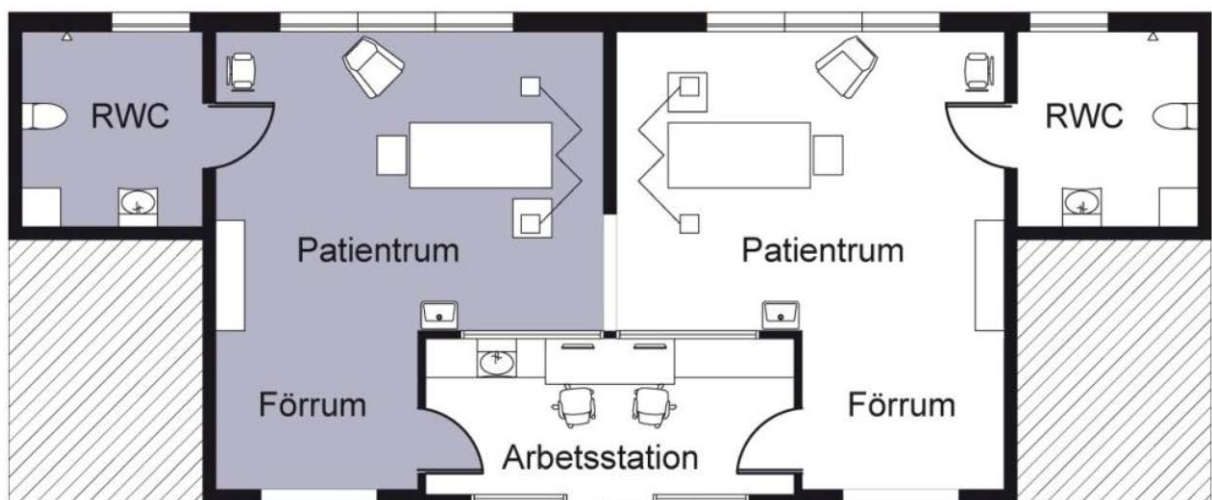
I en studie av Chaudhury, Mahmood och Valente (2005, s. 123) där patienternas, familjemedlemmarnas och sjuksköterskornas uppfattning om vård i enpatient- och i flerpatientrum jämfördes framkom det att alla inblandade var mer nöjda med vården i enpatientrum. Patienter och närstående uppskattade avskildheten de fått i enpatientrum. De upplevde att det var rymligare, gillade rummets utformning och att det fanns plats för närstående. Enligt sjuksköterskorna underlättade enpatientrummen undersökningar och patientvård, risken för felmedicinering minskades samt möjlighet till mer flexibilitet gentemot närstående gavs.

Ljudmiljö inom intensivvård

Ljudnivån på en svensk IVA var över 55 dB 70-90% av tiden och kunde komma upp mot 101dB (Johansson, Bergbom, Waye, Ryherd & Lindahl 2012, s. 276). Det är mycket högre än de 30 dB som WHO rekommenderar för en ostörd sömn (Berglund, Lindvall & Schwela 1999, s. 28). Patienterna är omgivna av ett ständigt sorl. Den höga ljudnivån kan störa deras sömn och återhämtning samt bidra till stress. Ljuden från olika källor så som övervakningslarm, personalen och medpatienter uppfattades olika av patienterna. Skarpa ljud som larm eller en kritiskt sjuk patient på andra sidan avskiljaren kunde skrämja patienter och inge en känsla av hjälplöshet och ångest. Att höra personalen arbeta lugnade patienterna (Johansson et al. 2012, s. 276). Johansson, Bergbom och Lindahl (2012, s. 113) har studerat patienternas upplevelser av att vårdas på IVA med alla förekommande ljud. Det framkom att patienterna kunde störas av olika ljud och oväsen som de inte förstod eller inte kunde kontrollera. Ljuden kunde också bli en del av drömmar och överkliga upplevelser. Ljuden uppfattades positivt om sjuksköterskorna förklarade var de kom ifrån och vad de betydde. Tegnestedt, Günther, Reichard, Bjurström, Alvarsson, Martling och Sackey (2013, ss. 1045-1046) mätte ljudnivåer på IVA samt observerade personalen på tre rumstyper. De tre rumstyperna var flerpatientrum, enpatientrum med övervakningsstation på rummet samt enpatientrum med övervakningsstation utanför rummet. Inga signifikanta skillnader fanns i medelljudnivå i de olika rumstyperna. Studien visade att 64% av ljuden inte gick att undvika. Dock var störande ljud i form av icke-patientrelaterad konversation mindre frekvent i enpatientrum med monitoreringsstation utanför rummet. Författarna skriver vidare att det finns starka fördelar med enpatientrum med monitoreringsstation utanför rummet när det gäller att reducera frekvensen av störande ljud. Däremot anser de inte att enbart ändring av rummets design ensamt löser problem med höga medelljudnivåer. Enligt Darbyshire och Young (2013, s. 6) har det testats olika program för personalutbildning, omplacering av utrustning samt ändring av larmtröskel utan att ljudnivån sänktes. De menar att den praktiska lösningen för patienter för närvarande är öronproppar eller andra hörselskydd. I studien av Van Rompaey, Elseviers, Van Drom, Fromont och Jorens (2012, s. 5) där öronproppars effekter på sömn och förekomst av delirium studerades visade det sig att öronproppar hade gynnsam effekt då färre patienter hade tecken på delirium och förvirring. Patienter som använde öronproppar nattetid uppgav också att de sov bättre.

IVA-modul

Ett alternativ till enpatientrum enligt Berezecka och Fröst (2013, s. 3) är IVA-modul som består av två enpatientrum kopplade till en gemensam övervakningsstation. För att underlätta arbetet och få visuell översikt kopplas rummen samman med en skjutdörr i glas (Figur 1). Enligt Berezecka och Fröst (2013, ss. 3-9) underlättar sammankopplingen av rummen arbetsfördelningen samt möjliggör effektivare arbetssätt. Vårdrummens golvyta bör vara ca 30 m² för att få plats med tekniskt utrustning och kunna ge utrymme för närstående. En IVA-modul med två enpatientrum att fördrå då detta ger möjlighet att genomföra behandlingar på rummet. Berezecka och Fröst (2013, s. 14) föreslår vidare att patientsängen bör placeras så att patienten har möjlighet att se vem som kommer in i rummet, in i övervakningsstation samt ha utsikt mot fönstret. Det ska enligt författarna kunna inge känslan av kontroll hos patienten. Mellan sängen och bakom liggande vägg borde finnas plats för personal. Fönstren borde vara utformade och placerade så att patienten kan lätt se dagsljus samt genom fönstret. Vidare skriver Berezecka och Fröst (2013, ss. 14-16) att utblicken genom fönster kan fungera som positiv avledning. Dagsljuset kan hjälpa patienterna att behålla dygnsrytm och på så sätt förbättra sömnen. Ljudmiljön kan förbättras genom bra utformning av rummen. Enpatientrum i sig kan bidra till att patienten inte störs av medpatienter och aktiviteter kring den samt dennes tekniska utrustning. Även luftfuktigheten påverkar patienten och dennes upplevelse av miljön i rummet. Därmed är det viktigt med god ventilation och tillgång till frisk luft. Berezecka och Fröst (2013, s. 11) rapporterar att enpatientrum med förrum kan minska spridningen av droppsmitta, kontaktsmitta och luftburen smitta mellan patienter.



Figur 1. IVA-modul, Berezecka och Fröst (2013, s. 12)

Vårdteoretisk ram

Enligt Nightingale var syftet med omvårdnaden att sätta patienten i ett sammanhang med de bästa förutsättningarna för att naturlagarna skulle få verka och bota patienten (Krey-Halldin 1954, s. 154). Selanders (1993, s. 18) skriver att enligt Nightingale var faktorer som gick att påverka och förändra ventilation, ljus, rent vatten, värme, kontroll

av ljud och sättet att hantera smuts och dåliga lukter. Enligt Edéll-Gustafsson (1997, ss. 55-60) menade Nightingale även att det var viktigt att tänka på relationen mellan kropp och själ. Patientens reaktion på miljön påverkar sinnesstämningen vilket i sin tur påverkar kroppen. På exempelvis en högteknologisk intensivvårdsavdelning ges avancerad medicinsk behandling och då är det viktigt att även tänka på att ge patienten tid för sin läkningsprocess. I detta sammanhang bör sjuksköterskan understödja naturens reparativa process genom att se till att patienten får frisk luft, ljus, värme, ren miljö och stillhet. Detta benämns även som att skapa en terapeutisk anpassad vårdmiljö. Höga ljud skapar stress och leder till trötthet och sänkt uppmärksamhet. Varje individ skall ges möjlighet att välja mellan avskildhet och samvaro med andra när respektive behov finns. Dessutom bör patienten ha en avskärmad plats att sova på. Enligt Krey-Halldin (1954, ss. 97-98) ansåg Florence Nightingale att om patienten hade möjlighet att kunna se ut genom ett fönster och kunna se solljus så hade det en uppbyggande effekt och även en renande effekt på luften. Vidare skriver Edéll-Gustafsson (1997, ss. 55-60) att Florence Nightingale uppmanade arkitekter och byggmästare att planera, konstruera och utforma sunda sjukhussalar. I planeringen ingick även att patienten skulle kunna andas ren luft, få solljus och ett reglerat inomhusklimat genom en god ventilation. Enligt Ulrichs (2008, s. 80) studie kunde utformningen av rummet även bidra till att lindra smärta. Det har visat sig att genom att patienten utsätts för solljus och kan titta ut genom ett fönster och se naturen så kan smärtan upplevas mindre.

Enligt Andrews (2003, s. 242) innefattar begreppet vårdgeografi dynamiken mellan omvårdnadshälsa och plats. Den tidigast funna grunden till omvårdnadsgeografi är Nightingales bok *Notes on Nursing: What is and What is Not*. Två strukturella förändringar har ändrat innebörden av plats över tid. Dessa förändringar innefattar att vården har gått till att utföras mer i hemmet genom kommunal omsorg och att sjuksköterskans roll och ansvar har förändrats till att ha blivit mer och mer läkarens ögon och öron. Van Manen (1990, ss. 102-103) beskriver plats och rum som levd. Det innebär att en plats eller ett rum upplevs olika. Den generella känslan innebär att ett rum eller en plats utgör den existentiella livsvärld som människan normalt rör sig i och känner sig hemma i. Det finns sociala och kulturella faktorer som ger upplevelsen av plats och rum en särskild kvalitativ dimension och är som en del av människans levda liv.

Enligt Dahlberg och Segesten (2010, s. 236) kan vårdmiljön förstås som ett vårdande redskap där miljön kan anpassas för att passa olika patienter. I exempelvis ett intensivvårdsrum vårdas de svårast sjuka i ett rum fullt av stimuli som patienten oftast är helt oförmögen att göra något åt men på något sätt måste kunna hantera. Här kan vårdarna påverka vårdmiljön på många sätt genom att planera och samordna åtgärder och aktiviteter och ha ett medvetet och varsamt förhållningssätt.

PROBLEMFORMULERING

Många IVA står idag inför renoveringsbehov. De byggs om på flera sjukhus i Sverige och även internationellt men rummen konstrueras inte alltid utifrån den evidens som finns. Under verksamhetsförlagd utbildning (VFU) har observerats att på minst en nybyggd IVA har trånga, flerbäddsrum byggts utan att något förändrats utifrån rådande evidens. Forskning har beskrivit hur patienter, sjuksköterskor och närstående upplever

vården i flerpatientrum. Då vården i enpatientrum/modul är en ganska ny företeelse är det inte lika lätt att finna litteratur som belyser sjuksköterskors upplevelser av att vårda intensivvårdspatienter på enpatientrum i en IVA-modul. Positiva och negativa aspekter av vårdande i enpatientrum bör därför belysas vetenskapligt för att kunna bidra med ytterligare en vinkling av IVA-rummets betydelse för vårdandet. Vilka upplevelser och erfarenheter har sjuksköterskor som arbetar på en IVA, som nyligen byggts om till moduler? Studien kan generera viktig kunskap inför planeringen av nybyggnation av andra IVA runt om i Sverige.

SYFTE

Syftet är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att arbeta i en IVA-modul.

METOD

Ansats

Denna intervjustudie har en kvalitativ ansats vilket innebär att författarna ville förstå och synliggöra de intervjuades subjektiva upplevelser. Den kvalitativa forskningsmetoden går på djupet och ger beskrivningar av den andres livsvärld (Polit & Beck 2012, s. 53; Kvale & Brinkmann 2009, s. 39). Studien har en induktiv karaktär eftersom författarna utgår från de intervjuades levda erfarenheter av ett fenomen (Henricson & Billhult 2012, s. 133). Då syftet med studien var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser bedömdes denna metod som lämplig.

Kontext och deltagare

Studien genomfördes på en allmän IVA i västra Sverige. Denna IVA är uppbyggd i modulsystem där två enpatientrum kopplas samman med hjälp av en skjutdörr. Skjutdörren är på den nedre halvan gjord av en dörrskiva och den övre delen är i glas. Glasrutan är försedd med persienner som är placerade längst ner på fönstret. Genom att dra persiennerna upp regleras insynen i det andra rummet. Grundbemanningen på denna IVA är att en sjuksköterska och en undersköterska vårdar upp till två patienter. Tanken med detta modularbete är att de ansvariga i modulen ska få stöd från personal som finns i korridoren och är avsatt för att hjälpa vårdpersonal som har patienter. Beroende på vårdtyngd kunde bemanningen i modulen utökas med ytterligare en undersköterska eller sjuksköterska.

Kontakt togs med vårdenhetschefen som informerades om studiens syfte och utformning (Bilaga 1). Efter att ha erhållit vårdenhetschefens tillstånd att utföra studien (Bilaga 3) påbörjades urvalsprocessen. Kriterierna var att deltagarna skulle vara specialiserade sjuksköterskor inom intensivvård med varierande längd av erfarenhet samt att de skulle arbeta treskift. Män och kvinnor i olika åldrar inkluderades. Enligt Polit och Beck (2012, s. 516) väljs deltagare i en kvalitativ studie ut målmedvetet med bred grad av variation. Maximal variation kan säkerställa att människor med varierande bakgrund representeras i datainsamlingen för att inkludera olika synsätt på fenomenet som skall studeras. Ett huvudantagande angående maximal variation är att om

gemensamma mönster växer fram trots det varierade urvalet så är det av särskilt värde för att fånga kärnan i erfarenheterna.

Vårdenhetschefen valde slumpmässigt ut elva deltagare utifrån de förbestämda urvalskriterierna. Därefter kontaktades samtliga deltagare via telefon och i samband med det bifogades informationsbrev (Bilaga 2). Vid nästa kontakttillfälle fick deltagarna både muntlig och skriftlig information om studiens syfte. Deltagarna informerades även om att medverkan i studien var frivillig samt att den kunde avbrytas av deltagaren vid vilken tidpunkt som helst. Tio av elva tillfrågade sjuksköterskor valde att delta i studien. Deltagarna var fyra män och sex kvinnor i ålder mellan 32 och 59. De hade varit verksamma som intensivvårdssjuksköterskor mellan ett till 22 år. Sju hade erfarenhet av att vårda både i flerpatientrum och i modul, och tre hade arbetat endast i modul.

Datainsamling

Datainsamling har genomförts med hjälp av en kvalitativ forskningsintervju. Enligt Olsson och Sörensen (2008, s. 81) är den kvalitativa intervjuens mål att få nyanserade beskrivningar av olika perspektiv av den intervjuades livsvärld. Syftet med en kvalitativ undersökning är få en så bred och fördjupad beskrivning som möjligt av det fenomen som skall belysas. Innan datainsamlingen genomfördes förberedde författarna sig genom noggrann genomläsning av litteratur om den kvalitativa forskningsmetodiken. En temaguide utformades som stöd till intervjuerna (Kvale & Brinkmann 2009, ss. 146-147). Enligt Polit och Beck (2012, s.537) innebär en temaguide att områden eller frågor formuleras som sedan används vid varje intervju.

Datainsamlingen påbörjades med att varje författare för sig gjorde en provintervju som granskades och godkändes av handledaren. Provintervjuerna inkluderades därefter i studien. Intervjuerna inleddes med presentation av både deltagare och författare samt en kort presentation av studiens syfte. I samband med intervjun erhöll författarna deltagarnas informerade samtycke (Bilaga 4). Ingångsfrågan som ställdes var öppen ” Kan du berätta hur du upplever att det är att arbeta i en IVA-modul?” vilket gav deltagarna möjlighet att prata fritt om sina upplevelser. Följdfrågorna formulerades på plats i direkt anslutning till deltagarnas berättelser. Under hela intervjun visade författarna intresse och försökte skapa en god relation med deltagarna (Kvale & Brinkmann 2009, s. 144). Intervjuerna pågick mellan 13 och 45 minuter och spelades in med diktafon.

Dataanalys

Intervjudata analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008, ss. 159-160) är syftet med denna typ av analys en objektiv granskning och tolkning av utskrifter av bandinspelade intervjuer. Intervjuerna transkriberades ordagrant en efter en i sin helhet där även pauser, skratt och andra gester skrevs ner för att kunna återspegla dess innehåll så noggrant som möjligt (Polit & Beck 2012, s. 557). Texterna lästes sedan flera gånger av båda författare och i samband med det lyftes meningsbärande enheter ut. Nästa steg i analysprocessen var att kondensera dessa meningsbärande enheter. Syftet med kondenseringen menar Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s. 163) är att korta ner

texten och samtidigt behålla kärnan. Därefter kodades den kondenserade texten. Den färgmarkerades och försågs med en kod som kortfattat beskrev dess innehåll. Koderna med mest liknande innehåll grupperades sedan i underkategorier, vilka i sin tur fördes samman till en kategori (Tabell 1). Syftet med skapande av kategorier är att åstadkomma ett medel vilket beskriver ett fenomen i syfte att öka förståelsen och generera kunskap. Vid utformningen av kategorier med induktiv innehållsanalys kommer forskaren genom tolkning av texten att förstå vilka företeelser som ska tillhöra samma kategori (Elo & Kyngäs 2008, s. 111). Texterna resulterade i tio underkategorier vilka sammanfördes under tre kategorier (Tabell 2).

Tabell 1. Beskrivning av analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
För man är ensam. Sen så har vi knappast vi kan tycka på och vi kan få assistans. Ibland är det assistans man behöver när man ska vända, så det är inte alltid, det är inte så enkelt att få assistans.	Är ensam, behöver assistans när man ska vända	Ringa efter/kalla på hjälp	Att klara sig själv	Att arbeta i ensamhet
Man får ju gå ut och hämta det man behöver. Då gäller det att planera sitt pass. Det är jobbigt när undersköterskan är iväg och äter kanske, så är jag själv och inte kan gå ifrån.	Planera sitt pass då det inte är lätt att gå ifrån	Planera dagen	Att planera sitt arbete	

Forskningsetiska överväganden

Då denna studie är en del av en högskoleutbildning på avancerad nivå omfattas den inte av lagen om etikprövning (SFS 2003:460). Däremot lades stor vikt på att följa de fyra individskyddskraven, enligt Vetenskapsrådet (2012), nämligen informationskravet,

samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Verksamhetschefen på den valda kliniken tillfrågades och har fått såväl muntlig som skriftlig information om studiens syfte och utformning och har givit sitt godkännande (Bilaga 1). Därefter har alla deltagare informerats både skriftligt och muntligt och har givit sitt informerade samtycke (Bilaga 2). Samtliga deltagare har informerats om att medverka i studien är frivillig och att den kan avbrytas vid vilken tidpunkt som helst. Deltagarna har även upplysts om att intervjumaterialet kommer att behandlas konfidentiellt samt att alla personuppgifter kommer att avidentifieras. Intervjumaterial har förvarats oåtkomligt för obehöriga och har använts endast för denna studie (Sandman & Kjellström 2013, ss. 326-331).

RESULTAT

Som resultat presenteras deltagarnas upplevelser av att arbeta i en IVA-modul (Tabell 2) i form av tre kategorier uppbyggda av respektive underkategorier.

Tabell 2. Översikt över underkategorier och kategorier

Underkategori	Kategori
Att kunna stänga sin dörr Att ha gott om plats Att lättare kunna hålla rent	Att ha sitt egna lilla
Att ha den rätt bemanningen Att kunna samarbeta Att klara sig själv Att kunna planera	Att arbeta i ensamhet
Att ha uppsikt över rummen Att tvingas prioritera Att behöva lämna patienten	Att ha ögon i nacken

Att ha sitt lilla egna

Samtliga deltagare uttryckte att de var nöjda med arbete i modul. Avdelningen var på bottenplan och de flesta rummen hade även en dörr ut. Deltagarna uppskattade rummens position då det fanns möjlighet till solljus. Det var även lätt att öppna fönstren och förse rummet med frisk luft. Deltagarna tyckte att patienterna fick mer ro genom att vara ensamma i sitt rum. Även om det var en halv vägg emellan så tyckte inte deltagarna att det kunde höras vad som sades i det andra rummet. Genom att patienten hade ett eget rum fanns också möjlighet att göra det lite ombonat med patientens egna tillhörigheter.

Att kunna stänga sin dörr

Modulen upplevdes av deltagarna som två separata rum där det fanns möjlighet att stänga dörren och på så sätt ge till patienterna ”*det egna lilla*”. På så sätt kunde patienterna få avskildhet med sina närstående och inte bli störda av den andra patienten. Det beskrevs av några deltagare att det blev lugnare för patienten som inte blev stressad

om det var mycket aktivitet i det andra rummet för att avståndet var längre dit. Anhöriga behövde inte heller ta hänsyn till den andra patienten och om personalen var hos den andra patienten och det var mycket omkring denne så behövde inte samma hänsyn tas till den patient som hade sin anhörig hos sig för att det gick att stänga dörren.

”... De har möjlighet att vara mera privata med varandra också. Än att de, när de ligger med ett skynke emellan. Det är ju inte så enkelt för dem. De är ju spända när de kommer till sin anhörig och inte vet riktigt vad de ska säga. Nu blir det ju lite enklare för dem kanske när de får ett eget rum... Jag tror att det är mycket enklare. Och så kan de sätta upp sina bilder på ett helt annat sätt.” (1)

Några deltagare betonade fördelen med att kunna informera patienten och anhöriga inne i rummet och samtidigt skydda integritet och sekretess. Rummens utformning resulterade ofta i att vården fokuseras på en patient i taget och på så sätt minskade ”springet” emellan. Genom att försöka samla insatserna hos en patient i taget så skapades bättre förutsättningar för patienten att få lugn och ro. Förutom alla ljud som kom från den tekniska utrustningen så kunde de få vara mer ifred. För att åstadkomma en lugnare miljö var det av stor betydelse att se över larmgränserna på utrustningen. Några deltagare menade att det ändå var svårt att skapa lugn och ro då det ofta kom in någon i rummet regelbundet som exempelvis anhöriga, läkare eller röntgenpersonal. Några deltagare hade erfarenhet av patienter och deras anhöriga som hade förflyttats från andra intensivvårdsavdelningar vilka hade uttryckt att det var lugnare i ett rum i en modul. Patienter som hade vårdats längre på IVA och var i mobiliseringsfas och stabila ansågs kunna lämnas lite mer och kunde på så sätt få mer lugn och ro. Lugn och ro förknippades också med att det gav patienten trygghet.

Att ha gott om plats

Rummen ansågs väl tilltagna och rymliga. Det fanns gott om plats för närstående, utrustning, hjälpmedel och personal. Anhöriga hade möjlighet att stanna kvar inne i rummet vid en akutsituation då det fanns plats för dem att sätta sig lite längre bort i rummet. En deltagare betonade vikten av att nyttja det stora utrymmet väl annars kunde det bli trångt i alla fall. De flesta deltagarna uppskattade sängens placering och möjligheten att gå runt sängen samt kunna komma fram till patienten från varje håll. Detta underlättade arbetet. Deltagarna ansåg att de hade bra översikt över båda rummen. Det framkom dock att när det fanns närstående i rummen stängdes dörren igen och persiennerna drogs upp för att ge mera avskildhet. Detta gjorde det svårare att ha full uppsikt på båda patienter.

”Man har ju inte full koll på läget. För har du många anhöriga på rummen så kan du inte liksom ha det öppet. Utan du måste stänga igen och gå emellan patientrummen. Det gör att man inte ser den andra patienten alls vilket gör att man tappar kontroll. Du kan ju höra ifall det är nåt som larmar men du ser ju inte vad som händer på salen egentligen. Man tappar ju kontroll varje gång man lämnar rummet.” (4)

En deltagare menade att uppsikten till det andra rummet kunde försämrats beroende på vilken sida av sängen de stod på.

”... Man får tänka på att man liksom har ... så att det inte är nåt i vägen. Utan att man verkligen ser in till den andra patienten. ... När man är på patientens... den sidan som är ut mot fönstren då ser man ju sämre. Än om man är på andra sidan patienten, den sidan som dörren är på. Jag tycker att det är lättare att vårda patienterna så här när de ligger med fötterna mot varandra.” (3)

Flera av deltagarna som tidigare hade arbetat på ett annat sätt med en annorlunda utformning utav rummen tyckte om att övervakningsstationen var sammanbyggd med de två rummen och att väggen mot rummen var i glas. Detta underlättade ronder och det administrativa arbetet då de inte behövde gå ifrån patienten men ändå kunde sitta utanför rummet. Några deltagare ansåg att det var en nackdel att det var svårt för undersköterskorna att kunna gå ut ur rummet samtidigt som sjuksköterskan deltog i rondarbete. Deltagarna uttryckte att de stora rummen förbättrade deras arbetsmiljö. Några av deltagarna som hade arbetat på andra IVA och i mindre rum och samtidigt med fler patienter menade att en modul gav mer möjligheter att arbeta mer avslappnat och att de inte behöva oroa sig att fastna i utrustning.

Att lättare kunna hålla rent

Två åtskilda patientrum upplevdes vara bra ur hygiensynpunkt. Dörrarna mot avdelningen var stängda vilket tycktes minska risken för spridning av bakterier. De två separata rummen gjorde att personalen var mer noga med basala hygienrutiner än om patienterna var i samma rum.

”När man lämnar det ena rummet och går till det andra det blir mer naturligt att ta av sig förkläde och handskarna och sprita sig innan man kommer in på nästa rum.” (3)

”Så kan det bli akut ... Helt akuta lägen. Att patienten ska kanske upp ur sängen ... Då får man ju... Då hygien sviktar. Man hinner inte helt enkelt. Man måste göra en akutinsats. I regel spritar man sig alltid innan man byter patient, och tar på sig förkläde. Om man hinner då, om det inte är väldigt akut.” (2)

Det uppskattades också att dörren mellan patienterna kunde stängas till vid behov. Det upplevdes lättare att hålla ordning och reda. I jämförelse med draperier och skärmar så ansåg deltagarna att det var renare och också lättare att hålla rent i en modul. Dock betonade någon deltagare att isoleringssal var att föredra vid smittorisk eller om en av patienterna var infektionskänslig.

Att arbeta i ensamhet

Deltagarnas upplevelser om ensamhet var delade. Några deltagare trivdes med att arbeta ensamt medan vissa deltagare uttryckte ensamheten som negativ då den uppstod till följd av bristande kommunikation och samarbetssvårigheter.

Att ha den rätta bemanningen

Samtliga deltagare ansåg att det var en fördel för patienten men personalkrävande att vårda i IVA-modul.

”... Det är ett bra system å tänka på. Men de som bestämmer måste tänka på att det kostar mer att ha det så än å ha en öppen lösning. För det här kräver ju mer personal för att utföra ett bra omvårdnadsarbete.” (4)

Arbetsgivaren försökte anpassa bemanningen utifrån vårdtyngd inne i modulen och fördelade den personalen som fanns. De flesta deltagarna beskrev att IVA-modulen vanligtvis var bemannad med en sjuksköterska och en undersköterska på två patienter och att det var för lite. De flesta deltagarna ansåg att en rimlig bemanning skulle vara en sjuksköterska och två undersköterskor i varje modul. Det som samtliga deltagare önskade var att det skulle vara en undersköterska på varje rum i modulen. På så sätt kunde undersköterskorna ansvara för var sin patient och lägga upp omvårdnadsarbetet tillsammans då de hade samma arbetsuppgifter. Sjuksköterskan skulle ansvara för det medicinska arbetet samt bidra med punktinsatser. En av deltagarna menade att även två sjuksköterskor och en undersköterska kunde arbeta i en modul men av erfarenhet visste hon att undersköterskorna kunde tycka att det var jobbigare då sjuksköterskorna hade var sin patient och undersköterskan fick vänta på hjälp av sjuksköterskan.

”Sjuksköterskorna har så mycket de skall göra först vet du innan de kan komma och hjälpa till.”(6)

En annan deltagare menade att det ibland bemannades med två sjuksköterskor och en undersköterska om den ena sjuksköterskan var oerfaren och i behov av stöd från en erfaren kollega i samma modul. Deltagarna kände ofta att de slets mellan att delta i omvårdnadsarbetet och göra rondarbete, utföra ordinationer, genomföra transporter och medverka vid undersökningar på rummet. Samtidigt varierade behovet utifrån vilka patienter som vårdades. I någon intervju beskrevs att om en patient var svårt sjuk i ena rummet behövdes två undersköterskor som kunde utföra omvårdnaden själva då sjuksköterskan behövde koppla upp exempelvis hemodynamisk övervakning och starta behandlingar så som dialys och olika läkemedel och kände att hon inte hann delta i omvårdnadsarbetet. Bemanningssystemet byggde på att sjuksköterskan skulle kalla på personalen som var i korridoren för att be om hjälp. Under varje arbetspass fanns det en sjuksköterska som var ansvarig för traumalarm och MIG-uppdrag (mobil intensivvårdsgrupp), en koordinator och ibland en extra sjuksköterska och/eller undersköterska. En av deltagarna beskrev att om avdelningen var full vilket innebar åtta till tio patienter så fanns det inte tillräckligt med personal och då blev bemanningen inne i modulen en sjuksköterska och en undersköterska till två patienter. Då fick sjuksköterskan lösa det på bästa sätt ändå och försöka klara sig eftersom arbetsgivaren inte bara snabbt kunde ringa in mer personal. Om det kom nya patienter till avdelningen så var trauma/MIG-sjuksköterskan och koordinatorn upptagna med att hjälpa till där. Enligt en av deltagarna så hade undersköterskan som var i korridoren många gånger uttryckt att hon hade så mycket att göra.

”... man ringer till dem... ååå... de har jättemycket att göra, fruktansvärt mycket. De bara springer och springer, springer och springer fram och tillbaka hit och dit, akuttryckningar. Så kommer en ny patient ja men då står de där, upptagna...” (6)

Att kunna samarbeta

De flesta deltagarna talade om att samarbetet med korridorpersonalen fungerade bra i det stora hela. Några av deltagarna beskrev att det i jämförelse med flerpatientrum var svårare i en modul att kommunicera med sina kollegor. Det gällde framförallt att snabbt kunna ställa frågor och reflektera över problem med sjuksköterskekollegor. I flerpatientrum upplevdes det lättare att ha snabba konversationer mellan kollegor samt lättare att hjälpas åt över arbetslagen. När vården utövades i moduler så skedde den mesta kommunikationen via telefon. Telefonluren måste lyftas för att kommunikation skulle kunna ske med en sjuksköterskekollega eller om hjälp behövdes. De flesta deltagarna upplevde det som ett hinder. En av deltagarna uppgav att det under en period gjorde att jourläkaren oftare kontaktades via telefon och fick frågor som egentligen en sjuksköterskekollega skulle haft bättre svar på, vilket belastade läkarna på jourtid. Det fanns även assistensknappar inne på rummen men de användes inte lika ofta. Det upplevdes vara svårt att få hjälp om det fanns en patient som var sämre på någon annan sal, om det kanske hade kommit en ny patient till avdelningen eller om det var ont om personal. Det kunde även vara personbundet hur ofta korridorpersonalen visade sig i modulerna.

”... man märker ju det att den som ropar högst få ju mest hjälp. Och det är ju inte heller ett bra system ... De som ska jobba med och vara på huset kan behöva vara ... har ju ganska bra överblick att kunna prioritera och kommunicera väl.” (9)

Lunchtid beskrevs som en svår tid att kunna få hjälp på. Det upplevdes frustrerande att inte kunna få hjälp samt leda till att sjuksköterskan blev tvingad att klara sig själv. Några deltagare uttryckte att nyare sjuksköterskor tenderade att försöka klara sig själva i större utsträckning. En deltagare framhöll att nyare sjuksköterskor måste kunna känna att det går bra att ställa dumma frågor så att de vågar ringa och fråga.

Att klara sig själv

Samtliga deltagare upplevde ensamhet inne i modulen. De kände sig instängda och isolerade från övriga avdelningen. Ibland var det långt till hjälpen och ensamt inne i modulen. Detta upplevdes oftare nattetid. Några deltagare beskrev det som att de hade sin egna lilla enhet, bubbla eller sin egna lilla IVA inne i modulen och ibland kände sig bortglömda. En svårighet kunde vara att bedöma om hjälp utifrån behövdes eller ej. En patients tillstånd kunde förändras snabbt inne i ett rum och då kunde sjuksköterskan känna sig ensam och bli osäker på om hon skulle ringa på mer personal eller om hon kunde klara av det själv.

”Aaa nu händer det här. Ja nu behöver jag egentligen va nån... vi behöver vara någon mer här. Åå då är det ju det här att ja men jag kanske klarar mig i alla fall. Men... eller ska jag ringa någon då...”
(6)

Vetskapen om att det var mycket att göra på hela avdelningen, att det gick fortare att göra det själv eller att det var brist på personal kunde göra att sjuksköterskan drog sig för att ringa och i stället försökte klara sig själv. Det genererade både stress och en känsla av otillräcklighet. Deltagarna beskrev att de givetvis ringde på hjälp om det verkligen behövdes. Deltagarna beskrev även att det kunde upplevas jobbigt ibland att inte veta vad som hände på övriga avdelningen och att sammanhållningen mellan kollegorna påverkades då de kanske inte såg varandra på hela dagen förutom vid lunchrasten exempelvis. Samtidigt sade en av deltagarna att det kunde vara väldigt skönt och befriande att kunna stänga dörren om sig och få sköta sig själv, att arbeta i sin egen takt och slippa att andra kom med åsikter eller ändrade något.

Att kunna planera

Samtliga deltagare uppgav att arbetet under dagen måste planeras. Det var viktigt att ligga ett steg före och tänka framåt med patienterna. För att få arbetet att fungera på ett bra sätt var det viktigt att planera dagen och inte bara ta det som det kommer. För att minska onödigt spring ut och in genom modulen och ut i korridoren och ringa onödiga telefonsamtal till personalen i korridoren var det viktigt att tillsammans med undersköterskan prata igenom vad som skulle komma att hända under dagen och vad som behövde göras. Var det någon som skulle gå utanför dörren och hämta något så skulle det föras en dialog innan så att det som behövdes under dagen hämtades in samtidigt. Några deltagare menade att det ändå lätt blev mycket spring eftersom det ofta kunde hända oförutsedda händelser som gjorde att det blev spring trots bra planering.

”Ibland är det ju jättebra med att man kan ha det utanför men ibland kan jag önska att man skulle ha mer på plats inne i salarna för att kunna jobba med dom grejerna snabbt och byta om man behöver någonting.” (9)

Det kunde ändå vara bra att ha kommunicerat med undersköterskan och korridorpersonalen om vad som behövde göras under dagen och när. Exempelvis om vem som skulle lösa vid raster, när vändning eller mobilisering av patienten behövde göras eller när läkemedel behövde iordningsställas och extra personal tillkallas.

Att ha ögon i nacken

Uppsikten försämrades genom att modulen bestod av två rum. Deltagarna kände frustration över att inte kunna ge båda patienterna lika mycket uppmärksamhet. Det upplevdes svårt att behöva prioritera och lämna den ena patienten för att vårda den andra patienten.

Att ha uppsikt över rummen

Deltagarna beskrev att en modul upplevdes som två separata rum. Det var svårare att ha en överblick över båda patienterna samtidigt. För en del kunde det vara svårt att se in till båda patienterna samtidigt trots att de var i övervakningsrummet som var sammankopplad med rummen. Glasrutorna satt så högt upp att det kunde vara svårt att se patienterna för den som var kortväxt och satt ner. Deltagarna kunde känna sig otillräckliga då det kunde vara en stor skillnad på tillståndet hos de två patienterna. Den ena patienten kunde vara kritiskt sjuk och vara i behov av ständig tillsyn. Patienten i det andra rummet kunde också vara i behov av ständig tillsyn men på grund av andra orsaker, som till exempel urträning ur ventilatorn. Detta gjorde att båda patienterna behövde personal hos sig. Att inte kunna ha full överblick över patienterna gav sjuksköterskorna en känsla av att inte ha full kontroll.

”... då tänker jag att, att den patienten på andra sidan ligger och drar tuben. Nu är det väldigt ovanligt men, men ... visst det skulle kunna hända. Du jag kan säga att en svårt sjuk patient, IVA-patient kräver väldigt mycket.” (6)

Det beskrevs att sjuksköterskan lärde sig att lyssna på alla ljud för att kompensera för den bristande uppmärksamheten. Det kunde skapa en känsla av stress att inte ha full kontroll och inte kunna ägna patienten full uppmärksamhet. Om något akut hände med den ena patienten ägnades inte den andra patienten lika mycket uppmärksamhet och då var det viktigt att avgöra om extra personal behövde avsättas dit. Flera av deltagarna menade att det var ett annorlunda arbetssätt som blev lättare med tiden och erfarenheten.

Att tvingas prioritera

Det kunde vara så att en av patienterna var i mobiliseringsfas och krävde mycket tid och personal. Risken var då att den svårast sjuka patienten prioriterades och mobiliseringen fördröjdes. Det kunde ge en känsla av frustration att sjuksköterskan gjorde det som var tvunget att göras men att det inte gjordes på det sätt som var bäst för patienten.

”Men är jag ensam då får... då innebär det att en patient blir inte skött inte på det sättet du vill utan du får prioritera och göra det som är viktigast.” (6)

Att behöva lämna patienten

Flera deltagare uppgav att de många gånger hade observerat oro hos en lätt sederad och intuberad patient om sjuksköterskan och undersköterskan behövde lämna denne ensam för att ta hand om den andra patienten i det andra rummet. Det beskrevs som en otrygghet för den patienten som blev lämnad och fortfarande var påverkad av läkemedel och kanske inte visste vad som var verklighet. När en patient som var lätt sederad blev lämnad ensam hände det ofta att patienten blev orolig och försökte påkalla uppmärksamhet.

”Det kan vara att de till exempel bankar i sängen och du vet de påkallar uppmärksamhet och så där och att man bara man är där kan det ju liksom bli bli lugnare.” (10)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Innan studien påbörjades diskuterade författarna sina förväntningar om intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att arbeta i en IVA-modul. Detta i syfte för att kunna kartlägga vår förförståelse. Enligt Malterud (2014, s.48) ska forskaren vara medveten om sin förförståelse för att inte låta den påverka insamling och analys av data. På så sätt kan risken att förförståelsen påverkar resultatet minimeras. Då båda författarna sedan tidigare hade arbetat på samma avdelning där studien genomfördes var det ännu viktigare att försöka medvetandegöra förförståelsen. Vår erfarenhet av att ha arbetat på den arbetsplats som studerades har enligt författarna inte färgat resultatet då vi har strävat efter ett objektiva samt ett professionellt förhållningssätt under studiens gång.

Eftersom syftet med studien var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser valdes den kvalitativa intervjun som datainsamlingsmetod. Kvale och Brinkmann (2009, s. 139) beskriver den kvalitativa forskningsintervjun som det mest lämpade sättet att undersöka den intervjuades livsvärld. Innan intervjuprocessen startade läste författarna in sig på forskningsområdet. Vi studerade även de olika sätten för att genomföra intervju på. Då författarna ville få en djup förståelse om de intervjuades upplevelser valde de att använda sig av en intervjuguide. Den bestod av en inledningsfråga som ställdes till samtliga deltagare. Därefter styrdes följdfrågorna av innehållet i intervjun. Detta upplevdes som ett bra sätt att ta reda på alla upplevelser, såväl positiva som negativa. Enligt Kvale och Brinkmann (2009, ss. 146-147) är användandet av temaguide ett hjälpmedel för att uppmuntra deltagarna att tala fritt om de nedskrivna områdena. Detta säkerställer att forskaren får all den information som krävs och ger deltagaren frihet att delge så många illustrationer och förklaringar som de önskar.

För att få ett så trovärdigt resultat som möjligt så strävade författarna efter att få maximal variation vid urvalet av deltagare. Åtta deltagare inbjöds att delta och till en början upplevde författarna svårigheter med respons. Därför kontaktades vårdenhetschefen igen efter en vecka och tre nya deltagare tillfrågades. Dessa tre tackade ja och senare hörde ytterligare två av sig från det första urvalet och ville delta. Sammanlagt blev det tio deltagare vilket inte var planerat från början. Enligt Polit och Beck (2012, ss. 521-522) finns det inte några fasta regler vad det gäller storlek på insamlad data i en studie med kvalitativ metod. Mängden data bör endast baseras på behovet av information. Antal intervjuer bör anpassas efter omfattningen på forskningsfrågan och kvaliteten på intervjusvaren. Vid ett urval med hög maximal variation krävs också större mängd insamlad data för att kunna få en djup förståelse av fenomenet. Författarna hoppas att det har bidragit positivt med så många deltagare eftersom forskningsfrågan var bred och då endast en av oss författare har utfört intervjuer tidigare. Polit och Beck (2012, ss. 521-522) menar att skicklighet och erfarenhet hos forskaren kan påverka omfattning på insamlad data. Vanligtvis behövs

fler intervjuer för nybörjare inom kvalitativ forskning för att få ett mättat material. Polit och Beck (2012, ss. 521-522) föreslår att en eller två extra intervjuer kan göras för att se att ingen ny information framkommer och att materialet då kan betraktas som mättat. Författarna valde att göra var sin provintervju och innan dessa hade granskats av handledaren rådde osäkerhet om dessa kunde ingå i analysen. Därför kändes det bättre att ha fler deltagare än vad vi först hade räknat med. Liknande mönster i texterna kunde ses snabbt trots det breda urvalet av deltagare vilket stärker trovärdigheten i resultatet (Polit & Beck, 2012, s. 516).

Författarna hade avsatt två veckor för intervjuprocessen. Detta informerades deltagarna om och de har fått välja datum och tid ganska fritt för intervjun. De flesta valde att bli intervjuade på arbetsplatsen, antingen innan eller efter arbetspasset. För att kunna prata ostört hade författarna ordnat med ett samtalsrum. En av deltagarna valde att intervjuas hemma och en annan deltagare valde att komma hem till en av författarna. Detta tror inte författarna ska ha kunnat påverka resultatet utan snarare visar det författarnas flexibilitet. En av intervjuerna var endast 13 minuter lång. Författarna ansåg att innehållet ändå var av stort värde. Därför inkluderades även denna intervjun. Under intervjuerna märktes att några deltagare var obekväma med att bli inspelade vilket kommenterades i slutet på intervjun när bandspelaren stängdes av. Deltagarna började då tala om ämnet mer avslappnat och ledigt.

Intervjumaterialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Alla intervjuer transkriberades i sin helhet. Därefter påbörjades analysprocessen vilken författarna genomförde tillsammans. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s. 170) ökar studiens tillförlitlighet genom att båda författarna är aktiva under bearbetningen av insamlad information. Författarna har strävat efter att dokumentera samtliga moment under studiens gång samt att presentera dessa i arbetet. För att öka studiens giltighet har utdrag ur intervjutexterna presenterats i form av citat i resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim 2008, s. 170). Genom att ge en noggrann beskrivning av urvalet och analysarbetet ökar studiens validitet och giltighet. Den kvalitativa innehållsanalysen visade sig vara ett lämpligt sätt att analysera intervjumaterialet då syftet med studien var att förutsättningslöst lägga fram intensivvårdssjuksköterskors berättelser om sina upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim 2008, s. 160). Under analysens gång har författarna strävat efter att få så objektiva resultat som det går. Kodningen utfördes noggrant och nära originaltext, så att ordens betydelse inte skulle komma utanför sitt sammanhang och på så sätt påverka resultatet felaktigt (Lundman & Hällgren Graneheim 2008, s. 162). Framgångsrik innehållsanalys kräver att forskaren kan analysera och förenkla data samt bilda kategorier som speglar studiens syfte på ett tillförlitligt sätt (Elo & Kyngäs 2008, s. 112).

Resultatdiskussion

Studien visar att deltagarna trivdes med att arbeta i IVA-modul. Deltagarna uttryckte att det fanns många fördelar för patienten. Sammarbetssvårigheter kunde dock skapa en känsla av frustration och ensamhet.

Effekter av rummets design

Samtliga sjuksköterskor uppskattade att rummen var rymliga och att det fanns plats för såväl närstående, apparatur som personal. Enligt Caspari, Eriksson och Nåden (2011, s. 138) har rummets design och proportion betydelse för hur patienten upplever sin sjukhusvistelse. Små rum kunde upplevas av patienterna som kistor vilket associerade med döden vilket inte var särskilt uppmuntrande och stärkande. Genom att kunna se ut genom fönstret och se dagsljuset kan enligt Caspari, Eriksson och Nåden (2011, s. 137) patienterna få sinnesro. Detta överensstämmer även med Florence Nightingales vårdteori (Krey-Halldin, 1954, ss. 97-98). Även de intervjuade sjuksköterskorna uppskattade att det fanns möjlighet till solljus och friskluft. Författarna anser att de enpatientrummen på den aktuella IVA är vältilltagna och bra planerade. Rummens storlek och utformning stämmer väl överens med de rådande rekommendationerna (Berezecka och Fröst 2013, s. 7). Inredningen är enkel och ingenting tycks sticka ut. Färgerna som dominerar är vit och ljusgrön. Caspari, Eriksson och Nåden (2011, s. 139) beskriver färger som ett viktigt inslag i den estetiska miljön. Det är önskvärt att färger används medvetet och att de bygger på aktuell kunskap om effekten, influenser och möjligheter som färg har. Andrews (2003, s. 242) beskriver detta som vårdgeografi då patientens hälsa påverkas av hur platsen upplevs. Enligt Van Manen (1990, s. 102-103) är rummet där patienten befinner sig i dennes existentiella livsvärld här och nu. Därför anser vi att det av stor vikt att sjuksköterskorna anpassar vårdmiljön så att den gynnar patientens välbefinnande och tillfrisknande, vilket även framhålls av Dahlberg och Segesten (2010, s. 236).

Sjuksköterskorna uttryckte att genom att patienterna vårdas i var sitt rum med en skjutdörr emellan blir personalen mer medveten och noggrann med hygienrutiner. Berezecka och Fröst (2013, s. 11); Kesecioglu (2014, s. 41) och Ulrich (2008, ss. 64-75) skriver att enpatientrum bidrar till minskad smittspridning. Det är framförallt kontaktsmitta och luftburen smitta som minskar. Då författarna inte har några konkreta bevis för att smittspridningen är mindre på just denna IVA antar vi med tanke på tidigare forskning att detta stämmer. Det som inte får glömmas är att avdelningens hygienrutiner och personalens följsamhet till dessa är avgörande. Detta har inte undersökts i denna studie.

Att skapa förutsättningar för vila och avskildhet

Enligt Ulrich (2006, s. 538) bör byggnadsprojekt inom vården prioritera att skapa mycket tystare miljö. Ljud är ett mycket större problem i flerpatientrum än i enpatientrum på grund av de ytterligare störningar som orsakas av rumskamrater. Genom att skapa en bra design på den fysiska miljön så kan kliniska resultat främjas, säkerheten öka och stressen minska för både patienter och personal. Författarna beskriver problemet med hög ljudnivå i bakgrunden då vi trodde att det skulle tas upp under intervjuerna och vara en viktig del att reflektera över under arbetet i en modul. Kan det vara så att ljudnivån har förbättrats genom konstruktionen av IVA-modul? Då ingen av intervjupersonerna har nämnt det som varken en nackdel eller en fördel kanske det är så att sjuksköterskorna inte är medvetna om att ljudnivån är bättre i jämförelse med flerpatientrum? Det som de talade om var endast larm och ljud från teknisk apparatur och dessa ljud är svåra att undvika inom intensivvården. Som åtgärd föreslog deltagarna att larmgränser bör optimeras.

Författarna antog att det under intervjuerna skulle framkomma att lugn och ro för patienten lättare kunde skapas då modulen är uppbyggd så att det skulle kunna jämföras med två enpatientrum vilket resultatet dock inte kunde påvisa. Enligt Dahlberg och Segesten (2010, s. 236) skulle sjuksköterskorna kunna ge bra förutsättningar för patienten att kunna få en längre vilostund genom att planera och samordna åtgärder. Dock framkom det under intervjuerna att hur mycket sjuksköterskorna än planerade och försökte förutspå hur dagen skulle kunna komma att se ut hände det ändå oförutsedda saker. Då det oftast handlade om olika personalkategorier gick ut och in genom dörren så borde det kunna gå att samordna dessa störande moment genom bättre kommunikationen och planering vid rondningen på morgonen. En åtgärd skulle kunna vara att införa tid för vila. Enligt Kasen, Nordman, Lindholm och Eriksson (2008, s. 6) kunde fria besökstider minska möjligheten till tystnad och stillhet. Kesecioglu (2014, s. 42) skriver dock att en modern IVA bör kunna tillfredsställa även närståendes behov då närstående närvaro vid patientens sida inte får underskattas. Författarna upplevde att sjuksköterskorna var måna om att patienters närstående ska få plats på rummen. Det framkom att det inte fanns fasta besökstider samt att det är viktigt att vara flexibel och se till varje situation individuellt.

Enligt Ulrich (2006, s. 538) kan en bidragande faktor till ljudnivån i rummet vara personalbyte. Sjuksköterskorna i den aktuella studien ansåg det positivt att kunna rapportera utanför rummet i övervakningsstationen. Vidare skriver Ulrich (2006, s. 538) att ha övervakningsstation med glasrutor nära patienten minskar spring, ökar överblicken och förlänger tiden att kunna övervaka patienten. Flera intervjupersoner ansåg att det var positivt att ha närhet till patienten under rapportering och rondning.

Enligt Kesecioglu (2014, s. 41) bör framtidens IVA bestå av enpatientrum för att kunna tillgodose patientens behov. Enpatientrum där det finns möjlighet att stänga igen dörren kan skapa lugn och bidra till minskad bullernivå. Genom detta kan patientens sömn förbättras. På sina egna rum kan patienterna få vara ensamma och mer privata med sina närstående. Möjligheten till avskildhet för patienten och närstående betonades av sjuksköterskorna. Det ansågs viktigt att värna om patientens integritet. Kasen et al. (2008, s. 6) skriver att om patienten känner sig oskyddad och naken inför andra patienter i samma rum kan värdigheten kränkas. Då kan ett vårdlidande uppstå om medpatienter och besökare kan se och höra det som sägs mellan patienten och dennes närstående. Enligt Ulrich (2006, s. 539) finns en risk att bristande information ges i flerpatientrum då personalen försöker skydda patientens integritet och sekretess.

Att skapa förutsättningar för goda arbetsförhållanden genom samarbete och kommunikation

Det har framkommit i samtliga intervjuer att en bemanning bestående av två undersköterskor och en sjuksköterska i varje modul skulle vara det optimala. Deltagarna ansåg att det kunde vara svårt att ha full överblick över två patienter samtidigt då rummen i modulen upplevdes som två separata rum. Enligt Ulrich (2006, s. 539) finns bra evidens om att väl designade vårdenheter med enpatientrum inte kräver fler sjuksköterskor än vanliga flerpatientrum. Detta ställer vi oss frågande till. Kan det vara så att det endast gäller på vårdavdelningar och inte inom intensivvården?

Intervjupersonerna ansåg att det krävs mer personal och samtidigt tycktes det dessutom finnas behov av fler personal. En av anledningarna som uppgavs var att patienterna hålls mer vakna nu än tidigare och behöver mer uppsikt. Enligt Tingsvik, Bexell, Andersson och Henricson (2012, s. 126) upplevde sjuksköterskorna som vårdade lätt sederade patienter att det krävde mer tålamod och närvaro. I den här studien kände sig sjuksköterskorna tudelade och undersköterskorna fick vänta. Det upplevdes svårare att samla omvårdnadsåtgärderna och skapa förutsättningar för patienten att vila när personalen var för få. Då prioriterades den svårast sjuka patienten och sjuksköterskan fick dåligt samvete.

Samtliga deltagare upplevde ensamhet inne i modulen. För att kunna minska känslan av ensamhet är det viktigt med god kommunikation och att ha en bra dialog med sina kollegor. Med modulsystemet är det extra viktigt att samarbetet fungerar bra med korridorpersonalen. Flera av intervjupersonerna betonade att hur mycket hjälp som kunde fås från korridorpersonalen var personbundet. Dels på vilket sätt hjälpen efterfrågades beroende på om sjuksköterskan var ny eller erfaren. Men även viljan att hjälpa till av den som arbetade i korridoren kunde variera. Enligt Kasen et al. (2008, s. 6) behöver vårdkulturen i den egna arbetsgruppen göras medveten för att kunna förändras. Det är viktigt att i arbetsgruppen tillsammans klargöra värdegrunden. Wåhlin, Ek och Idwall (2010, s. 266) skriver att gemenskap och ett bra lagarbete med alla ökar upplevelsen av inre styrka. Enligt Kasen et al. (2008, ss. 6-7) bör även vikt läggas vid det egna bidraget till kulturen på avdelningen. Att ta ett ansvar för den egna verksamheten och hur den påverkar de andra i gruppen. För att försoning och förändring skall kunna ske måste olikheter och brister vara tillåtna. Att ha mod att erkänna sina egna och andras begränsningar.

Kliniska implikationer

- Det är viktigt att sjuksköterskor tar del av de rådande rekommendationerna vad det gäller design vid framtida nybyggnationer av IVA
- Samarbetet mellan personalen inne i modulen och korridorpersonalen bör tas upp för diskussion i förbättringssyfte
- Rummens design bidrar till större möjlighet till vila för patienten
- Rummens utformning underlättar interaktion mellan patienten och närstående

Slutsats

Forskning visar att vård i enpatientrum är att föredra. Dock är detta mer kostsamt då det kräver mer personal. Denna studie framhåller att en IVA-modul där två enpatientrum som kan kopplas samman är en bra kompromiss mellan enpatientrum och de befintliga flerpatientrummen som dominerar i den svenska intensivvården. En sådan modullösning är också kostsam initialt, men ur hållbarhetssynpunkt kan detta löna sig på lång sikt. Patienterna får de positiva aspekterna av vård i enpatientrum som till exempel kortare vårdtid och minskad smittspridning. I och med att vårdtiden kortas minskar de ekonomiska kostnaderna. Genom att optimera bemanningen och samarbete bidrar till bättre arbetsklimat. Kommunikation personal emellan kan bidra till att effektivisering av bemanning kan ske så att befintlig bemanning inte behöver utökas ytterligare.

REFERENSER

Andrews, G. J. (2003). Locating a geography of nursing: space, place and the progress of geographical thought. *Nursing Philosophy*, 4, ss. 231-248.

Berezecka, M. & Fröst, P. (2013). *Intensivvård - Evidensbaserade konceptprogram*. (Centrum för vådens arkitektur). Göteborg: Chalmers tekniska högskola, ss. 3-14

Berglund, B., Lindvall, T. & Schwela, D. H. (1999). *Guidelines for Community Noise*. World Health Organization (WHO): Geneva.

<http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/a68672.pdf> [2015-02-02]

Bizek, K. S. & Fontaine, D. K. (2013). The Patient's Experience with Critical Illness. I Morton, P. G. & Fontaine, D. K. (red.) *Critical care nursing: a holistic approach*. 10:e uppl.: Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia, ss. 15-28.

Caruso, P., Guardian, L., Tiengo, T., Dos Santos, LS., & Junior PM. (2014). ICU architectural design affects the delirium prevalence: a comparison between single-bed and multibed rooms. *Critical Care Medicine*, 42(10), ss. 2204-2210.

Caspari, S., Eriksson, K. & Nåden, D. (2011). The importance of aesthetic surroundings: a study interviewing experts within different aesthetic fields. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25, ss. 134-142.

Chaudhury, H., Mahmood, A. & Valente, M. (2005). The use of single patient rooms vs. multiple occupancy rooms in acute care environments. *Applied Nursing Research*, 19, ss. 118– 125.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande: i teori och praxis*. Stockholm. Natur & kultur. ss. 7-344.

Darbyshire, J. L. & Young, J. D. (2013). An investigation of sound levels on intensive care units with reference to the WHO guidelines. *Critical Care*, 17(5), ss. 1-8.

Edéll-Gustafsson, U. (1997). Synen på miljön. I Hamrin, E. (red.) *Florence Nightingale: en granskning i nutida perspektiv*. Stockholm. FoU Rapport 50. ss. 55-63.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis. *Journal of advanced Nursing*, 62(1), ss. 107-115.

Eriksson, T., Lindahl, B. & Bergbom, I. (2010). Visits in an intensive care unit - an hermeneutic observational study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, ss. 51-57.

- Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur. s.133.
- 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*, 16, ss. 108-116.
- Johansson, L., Bergbom, I., Wayne, K. P., Ryherd, E. & Lindahl, B. (2012). The sound environment in an ICU patient room - A content analysis of sound levels and patient experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(5), ss. 269-279.
- Jongerden, I. P., Slooter, A. J., Peelen, L. M., Wessels, H., Ram, C. M., Kesecioglu, J., Schneider, M. M. & van Dijk D. (2013). Effect of intensive care environment on family and patient satisfaction: a before–after study. *Intensive Care Medicine* 39 (9), ss. 1626-1634.
- Kasen, A., Nordman, T., Lindholm, T. & Eriksson, K. (2008). When a patient suffers from care- nurses characterization of patients suffering. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies/ Vård i Norden*, 28(2), ss 4-8.
- Kesecioglu, J. (2014). Structure and function: planning a new intensive care unit to optimize patient care. *Journal of the Turkish Society of Intensive Care*, 12, ss. 40-44
- Krey-Halldin, E. (1954). *Florence Nightingale: anteckningar om sjukvård*. Stockholm. Svensk sjuksköterskeförenings förlag. ss. 5-159.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur. ss. 39 - 147.
- Levin, P. D., Golovanevski, M., Moses, A., Sprung, C. L. & Benenson S. (2011). Improved ICU design reduces acquisition of antibiotic-resistant bacteria: a quasi-experimental observational study. *Critical Care*, 15(5), ss. 1-9.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Graneskär, M & Höglund-Nielsen, B. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. ss. 159-172.
- 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 and Critical Care Nursing*, 29(4), ss. 234-243.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2008). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm, Liber. s. 81.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams &Wilkins. ss. 53-557.

Rashid, M. (2014). Two decades (1993-2012) of adult intensive care unit design: a comparative study of the physical design features of the best practice examples. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(1), ss. 3-32

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur. ss. 326-331.

Selanders, L. C. (1993). Florence Nightingale: an environmental adaptation theory. USA. ss. 17-21

Soini, K. & Stiernström, H. (2012). Organisation av en intensivvårdsavdelning. I Larsson, A., Rubertsson, S. (red). *Intensivvård*. Stockholm, Liber. ss. 13-17.

Svenska Intensivvårdsregistret - SIR (2011). *Vad är Intensivvård*.
<http://www.icuregswe.org/sv/For-patienter/Vad-ar-Intensivvard/> [2015-02-22]

Tegnestedt, C., Günther, A., Reichard, A., Bjurström, R., Alvarsson, J., Martling, C. R. & Sackey, P. (2013). Levels and sources of sound in the intensive care unit - an observational study of three room types. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 57, ss. 1041-1050.

Teltsch, D. Y., Hanley, J., Loo, V., Goldberg, P., Gursahaney, A. & Buckeridge, D. L. (2011). Infection acquisition following intensive care unit room privatization. *Arch Intern Medicine*, 171(1), ss. 32-38.

Tingsvik, C., Bexell, E., Andersson, A-C. & Henricson, M. (2012). Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Australian Critical Care*, 26, ss. 124-129.

Ugras, G. A. & Öztekin, S. D. (2007). Patient perception of environmental and nursing factors contributing to sleep disturbance in a neurosurgical intensive care unit. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 212, ss. 299-308.

Ulrich, R. S. (2006). Essay evidence based health-care architecture. *The Lancet*, 368, ss. 538-539.

Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H., Choi, Y., Quan, X. & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *Health Environments Research and Design Journal*, 1(3), ss. 61-125.

Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience: human science for an action sensitive pedagogy*. USA. ss. 1-202.

Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Van Drom, W., Fromont, V. & Jorens, P. G. (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients. *Critical Care*, 16(3), ss. 1-10.

Veteskapsrådet (2012). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf [2015-01-23]

Wåhlin, I., Ek, A-C. & Idwall, E. (2010). Staff empowerment in intensive care: Nurses and physicians lived experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, ss. 262-269.



Ansökan om tillstånd

Till: Vederbörande vårdenhetschef /verksamhetschef vid Anestesi-, operation-, och intensivvårdskliniken.

Härmed ansöks det om tillstånd att genomföra en kvalitativ intervjustudie med sjuksköterskor på intensivvårdsavdelningen. Intervjumaterialet kommer att användas i en magisteruppsats som ingår i vår utbildning till intensivvårdssjuksköterskor och beräknas vara klar i april 2015.

De senaste åren har forskning kring intensivvårdsrummets utformning tagit fart. Kunskapen har ökat om rummets betydelse för patientens upplevelse och tillfrisknande. Vård i enpatientrum är att föredra då det minskar infektionsspridning samt främjar patientens välmående. Då er avdelning är den enda i Sverige utformad med möjlighet till vård i enpatientrum som är sammankopplad i en IVA-modul kom tanken att belysa ämnet ur sjuksköterskornas perspektiv. Syftet med studien är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att arbeta i en IVA-modul.

Tanken är att genomföra bandinspelade intervjuer med åtta sjuksköterskor verksamma inom intensivvård. Deltagandet i studien är frivilligt och kan avbrytas av sjuksköterskan vid vilken tidpunkt som helst. Intervjuerna kommer att pågå mellan trettio och sextio minuter och kommer att genomföras under vecka sex och sju. Därefter kommer innehållet att transkriberas samt granskas med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. All information kommer att behandlas konfidentiellt, där både sjukhus och de intervjuade

förblir anonyma. Endast författarna och handledaren Berit Lindahl, vid akademien för vård, arbetsliv och välfärd vid högskolan i Borås, kommer att ha tillgång till intervjumaterialet. Intervjudatan kommer att förvaras oåtkomligt för andra.

Vårt önskemål är att få hjälp av vårdenhetschefen med urvalet av sjuksköterskorna som är lämpliga för våra urvalskriterier. Efter urvalet kommer sjuksköterskorna att kontaktas för att erhålla skriftlig och muntlig information om studien. Urvalskriterierna är:

- Specialistsjuksköterska inom intensivvård
- Erfarenhet av vård både i IVA-modul och i ett flerbäddrum
- Treskiftsarbete
- Köns- och åldersvariationer är att föredra
- Varierande längd i erfarenhet som intensivvårdssjuksköterska

Vid frågor eller om du vill ta del av studiens resultat kan du kontakta oss på nedanstående uppgifter.

Tack för Ert engagemang

Student

Dragana Milesic

Student

Erika Peters

Handledare

Berit Lindahl, Docent



Information till Dig som har valts ut att medverka i intervjustudie

Vi är två studenter som utbildar oss till intensivvårdssjuksköterskor inom akademien för vård, arbetsliv och välfärd vid högskolan i Borås. Vi kontaktar Dig med förfrågan om att medverka i vår intervjustudie som kommer att äga rum under februari månad. Studien är en del av vår magisteruppsats som beräknas vara klar i april 2015.

Syftet är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att arbeta i en IVA-modul.

Intervjun kommer att genomföras under vecka sex och vecka sju och kommer att pågå mellan trettio och sextio minuter. Intervjun kommer att spelas in med hjälp av en bandspelare. Därefter kommer informationen att transkriberas och analyseras. All information kommer att behandlas konfidentiellt, där både sjukhus och de intervjuade förblir anonyma. Deltagandet i studien är frivilligt och kan avbrytas av Dig vid vilken tidpunkt som helst utan att något skäl behöver redovisas.

Din medverkan är viktig för oss, då vi vill ta del av Dina erfarenheter och upplevelser.

Har du frågor eller synpunkter hör av dig till oss.

Tack för Ditt engagemang.

Student

Dragana Milesic

Student

Erika Peters

Handledare

Berit Lindahl, Docent



Godkännande

Jag har fått skriftlig och muntlig information om studien vars syfte är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att arbeta i en IVA-modul. Undertecknad vårdenhetschef/verksamhetschef godkänner härmed att Dragana Milesic och Erika Peters utför intervjustudie på intensivvårdsavdelningen med avseende att samla in information för denna studie.

-

Datum

Namn och namnförtydligande

Titel

Verksamhetsplats



Samtyckesformulär för att delta i intervjustudie

Jag har fått skriftlig och muntlig information om studien vars syfte är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att arbeta i en IVA-modul. Jag godkänner härmed att Dragana Milesic och Erika Peters utför intervjustudie med avseende att samla in information för denna studie.

-

Datum

Namn och namnförtydligande

Verksamhetsplats

Intervjuguide/ Temaguide

1. Kontrollera utrustning innan intervjun. Vara påläst och känna till intervjuns syfte.
2. Inled med att informera om syfte, konfidentialitet, rätt att avbryta och samtycke till bandupptagning. Notera bakgrundsfakta om deltagaren och informera om vad en IVA-modul är om inte deltagaren redan vet det.
3. Inled med att ställa frågan om upplevelsen av att vårda två kritiskt sjuka patienter i en IVA-modul.

Exempel på olika slags frågor

- Öppna frågor – kan du berätta hur...
- Inledande frågor - kan du berätta om...
- Uppföljningsfrågor – be deltagaren utveckla sitt svar. Exempelvis:
 - Hur menar du då?....
 - Kan du ge ett exempel på vad du menar med att....?
 - Kan du berätta mer om hur...?
 - Det där du sa om...var intressant....kan du berätta mer om det?
 - Hur tänker du då?
 - Känslor – hur kände du då?
- Vid tystnad – avvakta, känn in och iaktta kroppsspråket. Återberätta det sista ni talade om, exempelvis sista ordet och försök leda tillbaka deltagaren till ämnet.
- Avsluta intervjun med att fråga – har du några frågor eller något övrigt du vill tillägga?

Teman

- Flerpatientrum
- Enpatientrum
- IVA-modul
- Buller/Ljud
- Sömn/Vila
- Stress
- Hygien/Infektion
- Närstående