

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP

VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD

2015:47

Vårdarens upplevelser av att vårda patienter  
som är vakna med respirator

Elisabeth Ahlqvist

Malin Koitränd



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Vårdares upplevelser av att vårda patienter som är vakna med respirator
Författare:	Elisabeth Ahlqvist Malin Koitränd
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Examensarbete med inriktning mot intensivvård
Handledare:	Isabell Fridh
Examinator:	Anders Bremer

## Sammanfattning

Trenderna inom sedering har på senaste tid gått från djup till lätt sedering. Tidigare forskning indikerar att detta är fysiologiskt gynnsamt för patienterna och att det upplevs som positivt av både patienter och närstående. Dock är det relativt outforskat hur detta nya arbetssätt upplevs av vårdarna kring patienten och hur det påverkar deras arbetssituation. Denna studie syftade till att undersöka vårdares upplevelser av att vårda patienter som är vakna med respirator på en intensivvårdsavdelning. En kvalitativ ansats valdes. Sjuksköterskor och undersköterskor på två olika intensivvårdsavdelningar intervjuades i fokusgrupper. Totalt deltog tolv informanter, där två fokusgruppsintervjuer genomfördes med sjuksköterskor och två fokusgruppsintervjuer med undersköterskor. En kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera materialet, vilket resulterade i fem huvudkategorier och tolv subkategorier. Resultatet presenterades genom följande huvudkategorier: *ökad stress hos vårdaren, ökade krav på vårdaren, en resurskrävande vårdform, patienten blir en person* samt *krav på teamsamverkan*. I resultatet framkom att vård av patienter som är vakna med respirator bidrog till en möjlighet att bättre lära känna patienten och därmed få ett mer stimulerande arbete. Men det upplevdes också som utmanande och krävande av vårdarna, vilket ledde till känslor av otillräcklighet och stress. För att ta tillvara på de positiva effekterna av att ha patienten mer vaken krävs resurser och en multiprofessionell teamsamverkan.

Nyckelord: *lätt sedering, mekanisk ventilation, intensivvård, upplevelser, stå bi, kvalitativ studie*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	1
Att vårdas med respirator .....	1
Patientens perspektiv .....	1
De närståendes perspektiv .....	3
Vårdarnas perspektiv .....	3
Stå bi .....	4
PROBLEMFÖRMULERING .....	4
SYFTE.....	4
METOD.....	4
Ansats .....	4
Förförståelse .....	5
Urval .....	5
Datainsamling .....	6
Dataanalys .....	7
Forskningsetiska överväganden.....	8
RESULTAT .....	9
Ökad stress hos vårdaren .....	9
Känna sig otillräcklig .....	9
Emotionell utmattning .....	10
Ökade krav på vårdaren .....	11
Att vakta patientsäkerheten.....	11
Att vara fullt närvarande .....	11
En resurskrävande vårdform.....	11
Personalkrävande .....	12
Tidskrävande.....	12
Ett givande arbete när resurserna var de rätta.....	13
Patienten blir en person .....	13
Man lär känna patienten.....	13
Närstående blir mer delaktiga .....	14
Arbetet blir mer stimulerande .....	14
Krav på teamsamverkan .....	15
Vikten av planering och organisering inom teamet .....	15
Vikten av förståelse inom teamet.....	15

DISKUSSION .....	16
Metoddiskussion .....	16
Resultatdiskussion .....	18
SLUTSATS .....	20
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	21
REFERENSER.....	22
BILAGOR	

# INLEDNING

Under senare år har det skett en förändring i den sederingsregim som bedrivs på intensivvårdsavdelningar. Från att ha varit djupt sederade har det blivit vanligare att vårda patienterna så vakna som möjligt. Studier visar på allt mer positiva fördelar med att vårda patienterna vakna trots att de vårdas med respirator. Djup sedering har visat sig ge högre frekvens av delirium och posttraumatiskt stressyndrom än vad lätt sedering ger och studier har även visat att djup sedering leder till längre vårdtider och högre vårdkostnader (Tingsvik, Bexell, Andersson & Henricson 2013, s. 124). I Lachaine och Beauchemins studie (2012, ss. 103-110) framgår att vakna patienter mobiliseras snabbare, får en ökad möjlighet att kommunicera och ta in information. Risken för att utveckla intensivvårdsdelirium minskar därmed och vårdtiderna kortas jämfört med patienter som vårdas sederade. Då detta är en relativt ny sederingsregim finns det få studier gjorda på hur vårdarna, dvs. sjuksköterskor och undersköterskor, upplever vård av patienter som är vakna med respirator. Upplever vårdarna några fördelar med att vårda patienterna vakna? Uppstår det några hinder för vårdarna att bedriva den dagliga vården när patienterna är vakna med respirator?

## BAKGRUND

### Att vårdas med respirator

De patienter som vårdas med respirator är de som är svårast sjuka (Karlsson 2012, s. 14). Att vårdas invasivt med hjälp av respirator innebär att patienten, antingen oralt, nasalt eller via ett trakeostoma på halsen har en tub ner i luftstrupen som säkerställer en fri luftväg och en adekvat ventilation (Morton & Fontaine 2013, s. 577). Tuben förhindrar att luft passerar förbi stämbanden vilket gör att patienten inte kan prata så länge som tuben sitter på plats. Detta gör att patienter i en redan utsatt situation blir än mer utsatta då de förlorar den möjligheten till att kommunicera (Samuelson 2006, s. 14). Målet med respiratorbehandling är att upprätthålla alveolär ventilation i förhållande till patientens metabola krav och att korrigera hypoxemi och maximera syretransport (Morton & Fontaine 2013, s. 593).

### Patientens perspektiv

Att vårdas på en intensivvårdsavdelning innebär en stor påfrestning som kan leda till komplikationer för patienten. Både psykosociala, miljömässiga och fysiologiska faktorer påverkar patientens upplevelser och nivå av stress. Psykosociala faktorer kan till exempel vara när patienten inte kan kommunicera med omvärlden eller när kontrollförlust upplevs. De miljömässiga faktorerna beror på miljön kring patienten, höga ljud, stark belysning eller mycket stimuli. Då kan patienten få symtom som yttrar sig som stress, oro och delirium (Morton & Fontaine 2013, ss. 18-29). Fysiologiska faktorer kan vara sjukdomen i sig, läkemedel eller smärta. En intensivvårdspatient ska bland annat kunna ha tolerans med en endotrakealtub i halsen, tolerera respiratorbehandling och många andra olika behandlingar och procedurer. Det kan vara både stressframkallande, ångestskapande och smärtsamt. Majoriteten av patienterna behöver sedering för att klara denna intensivvårdsbehandling. Sedering kan definieras som en åtgärd med lugnande effekt. Patientens sederingsbehov bestäms från fall till fall. Idag råder enighet om att patienten bör hållas så vaken som möjligt (Brattebo et al. 2002, ss. 1386-1389). Den ideala sederingsnivån har föreslagits vara när patienten får så lite sederande och smärtlindrande mediciner som möjligt men bedöms vara fri från oro och smärta (Samuelson 2006, s. 17). För att mäta sederingsdjup kan olika skalor användas, ex. Motor Activity Assessment Scale (MAAS). Den tungt sederade patienten som ej reagerar på stimuli tilldelas siffran 0. Desto mer agiterad och orolig patienten är ges en

högre siffra på skalan, upp till och med 6. Skalan används av sjuksköterskan för att göra en subjektiv bedömning av sederingsdjupet. En lugn och vaken patient bedöms ligga på 2-3 på skalan. (Devlin et al. 1999, ss. 1271-1275).

I en systematisk litteraturoversikt gjord av Tsay, Mu, Lin, Wang och Chen (2013, ss. 525-533), där författarna mellan åren 1970-2012 undersökte kvalitativa studier som berörde patienters upplevelser av att vårdas med respirator, framkom det att patienter som vårdats med respirator upplevde det som psykiskt stressande. Patienterna upplevde rädsla inför att vara beroende av respiratorn för att överleva, de upplevde en känsla av att ha förlorat kontrollen över sitt egna liv och de upplevde det som om de blivit avskärmade från verkligheten. Det framkom i studien att patienterna, för att övervinna svårigheterna med att vårdas med respirator, behövde vissa copingstrategier. Bland annat fokuserade patienterna på att hålla hoppet uppe om att de skulle bli bättre för att lättare stå ut med smärta, rädsla och fruktan. De försökte att vara delaktiga i världen och livet som fortgick runt om dem och de skapade alternativa sätt att kommunicera med omvärlden. Närvaron av de närstående sågs också som något positivt hos patienterna och gjorde att patienterna fick en känsla av att tillhöra världen utanför sjukhuset. En annan faktor för att patienterna skulle må bättre när de vårdades vakna med respirator var ett gott förhållande till vårdarna. Ett förhållande som baserades på tillit gjorde att patienterna upplevde mindre osäkerhet och rädsla.

Dahlberg och Segesten (2010, s. 210) belyser vikten av att, i det professionella mötet mellan vårdare och patient, hela tiden vara närvarande både fysiskt och mentalt. I det vårdande mötet ska vårdarna ge av sig själva och inte vara rädda för att beröra patienterna eller att själva låta sig beröras. Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är en professionell vårdare någon som kan vara helt och hållet närvarande i mötet med patienten. Som vårdare handlar det om att vara personlig, utan att vara privat, och hitta sitt eget sätt att vårda. För detta behöver vårdaren livserfarenhet och kunskap om vårdande.

I en kvalitativ studie gjord av Karlsson, Forsberg och Bergbom (2012, ss. 197-207) framkom det hur patienter upplevde det att vara vakna under pågående respiratorbehandling. En beroendeställning på ett negativt sätt uttrycktes, där patienterna var smärtsamt medvetna om sin hjälplöshet i att kunna uttrycka sin egen vilja. Respiratorbehandling med en tub i halsen hindrade dem från att kunna andas självmant, och att inte kunna använda sin egen röst upplevdes vara svårast att hantera. Bristande information om vad som planerades och vad som skulle hända gav dem också känslor av maktlöshet. Patienterna uttryckte också känslor av ovärdighet när vårdare inte lyssnade på vad de försökte kommunicera. Känslor av osäkerhet infann sig också då patienterna behövde omedelbar assistans men inte fick det.

När frågan ställdes om patienterna själva hade fått välja mellan att vara sederade eller vakna framkom det att två tredjedelar skulle välja det senare alternativet. Som argument angav de att de ville vara medvetna om vad som hände runt dem och att det var bättre för deras kropp och muskler att vara vakna. Känslan av att känna de närståendes närvaro gav dem trygghet och stöd i att kunna hantera att vara vakna och genomgå olika behandlingsprocedurer. De närstående gav dem en påminnelse om deras värde i att vara människor. Deras besök gjorde att patienterna kände sig förstådda och de närstående kunde hjälpa dem med att kommunicera med vårdarna. När de närstående och vårdarna pratade om livet på utsidan stärktes patienternas längtan hem till ett normalt liv och detta ökade deras hopp om överlevnad (Karlsson, Forsberg & Bergbom 2012, ss. 197-207).

## De närståendes perspektiv

Det har gjorts många studier på närståendes upplevelser av att möta sina anhöriga när de vårdas med respirator. Men få studier har redogjort över vilken nivå av sedering patienterna hade. Dock har Karlsson, Forsberg och Bergbom (2010, ss. 91-100) gjort en studie på närståendes upplevelser när patienterna vårdas vakna med respirator. Å ena sidan kände sig de närstående lättade över att kunna se att patientens hjärna inte var skadad och att patientens kognitiva förmåga var intakt. De närstående lärde sig med tiden att förstå och tolka patientens kroppsspråk, ansiktsuttryck och sätt att kommunicera på. Å andra sidan uttryckte de närstående frustration och maktlöshet när de var oförmögna att förstå vad patienten försökte kommunicera. I vissa fall uttryckte de närstående att det skulle vara lättare för dem om patienten var sederad. Att vårdarna fanns nära till hands för dem var en stor önskan hos de närstående för att känna trygghet. Dock beskriver de närstående skillnader i hur närvarande vårdarna egentligen uppträdde rent emotionellt, och uttryckte att de ibland hade önskat att de var mer närvarande. I studien framgick det att de närstående föredrog att patienten var vaken, huvudsakligen för deras egen skull. Detta gav dem en känsla av kontroll över situationen och gav dem ett hoppfullt tecken på att hjärnan inte var skadad.

## Vårdarnas perspektiv

Få studier har gjorts runt ämnet kring vårdares upplevelser av att vårda vakna patienter med respirator. En djupt sederad patient visar inte på samma sätt att den är stressad, känner sig orolig eller är rastlös som en vaken patient. En djupt sederad patient ligger still trots inre stress, oro och rastlöshet. En vaken patient som är stressad, orolig eller rastlös kan börja dra i slangar och sladdar; ex. central venkateter (CVK), artärnål eller endotrakealtub vilket kan leda till att infusioner med livsuppehållande läkemedel avbryts eller att patienten accidentellt extuberar sig själv. Detta ställer stora krav på vårdarna att lugna, informera och reorientera patienterna. Hur vårdare upplever att vårda patienter som är vakna med respirator är ett relativt outforskat område då sederingsregimen på intensivvårdsavdelningar förändrats de senaste åren. Ett återkommande tema i de få studier som gjorts är vikten av att vara närvarande, både fysiskt och mentalt. I en studie gjord av Laerkner, Egerod och Hansen (2015, ss. 1-9) upplevde vårdarna att vårda vakna patienter med respirator som mer krävande än att vårda dem sederade. Trots detta upplevdes arbetet som mer givande än när patienterna vårdades djupt sederade. En förutsättning för att klara av arbetet med att vårda vakna patienter var dock att vårdarna bara skulle ha hand om en patient åt gången då det krävdes konstant närvaro när vården inte bara utfördes gentemot patienten utan tillsammans med patienten. Ett annat återkommande tema i studien kring vård av patienter som vårdades vakna med respirator var vikten av att klara av att kommunicera med patienterna. Eftersom patienter som vårdas med respirator inte kan kommunicera verbalt ökar kraven på vårdarna att finna alternativa sätt att kommunicera på. Vårdare i de studier som tidigare gjorts beskriver att det är en utmaning att vårda patienter som är vakna med respirator. En utmaning som kräver att vårdarna är kreativa och erfarna men framför allt att de är närvarande och involverar patienterna i vårdandet (Tingsvik et al. 2013, s. 126). Karlsson, Forsberg och Bergbom (2012, ss. 197-207) talar om en vårdande kommunikation mellan vårdare och patient. En vårdande kommunikation karaktäriseras av att vårdarna är närvarande, skapar närhet och trygghet och involverar patienterna i vårdandet. Grunden till en vårdande kommunikation är att vårdaren är närvarande hos patienten och skänker denna trygghet genom vårdande handlingar, vårdaren "står-bi" patienten.

## Stå bi

Karlsson, Forsberg och Bergbom (2012, ss. 197-207) använder sig av begreppet "stå bi". Stå bi kan inom intensivvård beskrivas som att som vårdare både finnas där och finnas med samtidigt. Att stå bi är en vårdande handling som ställer krav på vårdaren att höra, se, lyssna och känna patienten och på så sätt skapa trygghet för patienten. I Karlssons avhandling (2012) om patienter och närståendes upplevelser av patienter som vårdas vakna med respirator, beskrivs begreppet stå bi på följande sätt;

*"ett förhållningssätt och en genuin vilja att vara tillgänglig för patienten, att vara närvarande, samt att vara pålitlig och lojal med patienten och dennes strävan efter att överleva och återhämta sig. I förhållningssättet att stå bi förmedlar vårdaren en gemenskap och ett löfte till patienten; att de kämpar tillsammans och att vårdarens vilja är att lindra patientens lidande samt en påtaglig vilja att bevara "den Andres liv". När vårdaren står patienten bi tar vårdaren ansvar för patienten och visar det genom sitt löfte om att inte lämna patienten vad som än händer." (s. 56)*

## PROBLEMFÖRMULERING

Fördelarna med att ha patienter så vakna som möjligt har på senare år belysts inom intensivvården. En ny vårdform har tagit plats där patienterna ges så lite sedering som möjligt. Forskning har gjorts om hur patienter upplever vård av vakna med respirator och hur detta påverkar deras fysiska och psykiska hälsa. Även om patienterna som studerades valde att vårdas vakna med respirator så uppgav de att de upplevde en ökad känsla av utsatthet och att deras behov av fortlöpande kommunikation inte alltid uppfylldes av vårdarna. Det har även till viss del gjorts studier på hur närstående upplever att deras anhöriga vårdas vakna med respirator. Syftet med den här studien var att undersöka hur vårdarna upplevde detta då det är ett relativt outforskat ämne. Skapades några nya möjligheter för vårdarna med denna nya vårdform? Såg vårdarna några hinder?

## SYFTE

Syftet med studien var att undersöka vårdares upplevelser av att vårda patienter som är vakna med respirator på en intensivvårdsavdelning.

## METOD

### Ansats

För att uppnå studiens syfte valdes en kvalitativ ansats. Enligt Kvale och Brinkmann (2014, s. 47) är en kvalitativ ansats lämplig vid tolkning av upplevelser och för att förstå redogörelser utifrån informantens perspektiv. Den kvalitativa forskningsintervjun arbetar med ord, inte med siffror. Detta skiljer sig från kvantitativ forskning, som innebär att fynden är mätbara och för det mesta är informationen numerisk och analyserad genom statistik (Polit & Beck 2012, s. 32). Studien genomfördes med hjälp av fokusgruppsintervjuer. Fokusgrupperna leddes av en moderator där moderatorns uppgift var att genom öppna frågor leda informanterna mot studiens syfte. Justeraren höll sig i bakgrunden och antecknade, och när det behövdes hjälpte denne till att styra gruppen tillbaka mot studiens syfte. Enligt Wibeck (2010, s. 22) lämpar sig fokusgrupper väl då studier av känsliga ämnen skall studeras. Det är lättare att i grupp berätta



om sina upplevelser då det med en intervjuare kan kännas mer utlämnande (Ibid. s. 150). Vidare anser Wibeck att det är en styrka med fokusgrupper att informanterna kan delge sina upplevelser och jämföra dessa med varandra. På så sätt kan ibland fokusgrupper säga mer än enskilda intervjuer (Ibid. s. 149). Kvale och Brinkmann (2014, s. 91) menar att gruppsammansättningen i större utsträckning kan stimulera informanterna att sätta ord på det som känns privat eller känsligt att prata om. Enligt Wibeck (2010, s. 23) har det även visat sig att forskarens makt och inflytande minskar vid användandet av fokusgrupper. Dock anser Wibeck (2010, s. 32) att det finns risker med metoden. Ett exempel kan vara att någon av informanterna i gruppen kan ta mer plats än de övriga. Då är det viktigt att moderatören uppmärksammar detta och vid behov fördelar ordet så att alla kan komma till tals. Vidare menar Wibeck (2010, s.61) att åsikterna bland forskare varierar angående hur stor en fokusgrupp bör vara. Forskare är överens om att antalet deltagare i fokusgruppen bör vara minst tre, men åsikterna om maxantalet deltagare varierar mellan 4-16. Om gruppen blir större går det inte längre att behålla allas uppmärksamhet. En större grupp kan innebära mindre möjlighet till inflytande för den enskilde deltagaren. Detta kan i sin tur leda till att det personliga engagemanget minskar.

## **Förförståelse**

Enligt Kvale och Brinkmann (2014, s. 74) kan förförståelse beskrivas som de föreställningar man har om ett fenomen redan innan tolkningen av fenomenet påbörjas. Då en av oss intervjuare sedan tidigare har erfarenhet av intensivvård fanns en viss förförståelse för ämnet innan studien startade. Som en del av denna förförståelse uppmärksammades den egna inställningen till seder och erfarenhet av att vårda vakna patienter med respirator. Detta diskuterades sinsemellan intervjuarna innan datainsamlingen inleddes, och det framkom då att en positiv inställning till att vårda patienterna vakna med respirator fanns. Det framkom också att det kunde innebära ett mer krävande arbete för vårdarna samt att undersköterskor och sjuksköterskor kunde uppleva fenomenet annorlunda.

Efter att ha genomfört sedvanlig litteraturgranskning inför bakgrundsarbetet skapades en bild av det aktuella forskningsläget, vilket gav oss en fördjupad kunskap i ämnet.

Då en av oss intervjuare kommer att arbeta på en av de intensivvårdsavdelningar där datainsamlingen genomfördes fanns viss risk för att resultatets trovärdighet skulle påverkas. Detta har tagits i beaktning under forskningsprocessen. Informanterna på denna avdelning hade dock ej någon privat relation till intervjuaren, vilket gjorde att en neutral maktställning vidhölls. Vid samtliga intervjuer satte vi i möjligaste mån vår förförståelse åt sidan och tog istället oss an intervjusituationerna med ett öppet sinne. Detta för att vår förförståelse skulle påverka resultatet i så liten utsträckning som möjligt. Enligt den tyske filosofen Edmund Husserl är det av stor vikt att kunna sätta sin förförståelse åt sidan för att få fram kärnan i de fenomen som studeras (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, s. 110).

## **Urval**

Denna studie gjordes utifrån ett lämplighetsurval vilket innebar att informanterna valdes ut efter inklusionskriterier (Polit & Beck 2012, s. 518). Vårdare tillfrågades tills önskat antal deltagare för studien var uppnått. Två vårdenhetschefer på två olika intensivvårdsavdelningar i Västsverige gavs muntligen en beskrivning av studien och tillfrågades om fokusgruppsintervjuer kunde få genomföras på respektive avdelning. Två sjukhus valdes för att få en större variation av deltagare och valdes ut utifrån geografi samt vetskap om att vård av vakna patienter med respirator bedrevs. Efter att vårdenhetscheferna givit sitt muntliga godkännande lämnades skriftlig information gällande studien, i form av informationsbrev till

vårdenhetscheferna och forskningspersonsinformation (FPI) till informanterna, samt vår projektplan inför fokusgruppsintervjuerna bifogades (Bilaga 1, 2 & 3).

Med vårdare menas i studien sjuksköterskor och undersköterskor inom intensivvård. Då undersköterskor tillbringar mycket tid nära patienten inkluderades även de i studien.

Vårdenhetscheferna på respektive intensivvårdsavdelning ombads välja ut informanterna då de hade bäst insyn i verksamheten och dess personalbemanning. Detta resulterade i en grupp med tre sjuksköterskor och en grupp med tre undersköterskor på varje avdelning. Urvalet resulterade i totalt tolv informanter (Tabell 1). Informanterna utgjordes av elva kvinnor och en man. Sex var sjuksköterskor och sex var undersköterskor. Informanternas ålder varierade mellan 25–52 år. Antal yrkesverksamma år inom intensivvård varierade mellan 1,5–24 år. Innan fokusgruppsintervjuerna startades redovisades syftet med studien muntligen samt informerat samtycke och demografiska fakta från alla informanter inhämtades (Bilaga 4 & 5). Vidare följdes underlaget för fokusgruppsintervju i punktform vilket säkerställde att alla fokusgrupper erhöll likadan information (Bilaga 3).

**Tabell 1.** Beskrivning av informanterna.

Informant	Ålder	Kön	Profession	Erfarenhet av intensivvård (år)
1.	40	M	Usk	2
2.	52	K	Usk	1,5
3.	25	K	Usk	4
4.	43	K	Iva-ssk	14
5.	42	K	Iva-ssk	4
6.	45	K	Iva-ssk	16
7.	27	K	Usk	3
8.	48	K	Usk	24
9.	42	K	Usk	8
10.	50	K	Iva-ssk	11
11.	52	K	Iva-ssk	12
12.	47	K	Iva-ssk	22

## Datinsamling

Materialet till studien samlades in från de tolv informanterna via fyra fokusgruppsintervjuer som utfördes under vecka 37 och 38 hösten 2015. Båda författarna närvarade på samtliga intervjuer, där en var moderator och en var justerare. Intervjuerna inleddes med en öppen inledningsfråga som svarade mot syftet. Öppningsfrågan som ställdes till informanterna löd: Hur upplever ni det är att vårda patienter som vårdas vakna med respirator? För att följa upp informanternas svar och för att styra tillbaka in mot fenomenet ställdes följdfrågor. Följdfrågor som uppkom under intervjun var exempelvis: ”Kan du utveckla?” och ”Vad

innebär det för dig som vårdare?” Vid intervjun tilläts informanterna att med egna ord beskriva personliga upplevelser, känslor och erfarenheter kring fenomenet. I enlighet med Polit och Beck (2012, s. 340) upprepades frågor och medvetna pauser användes för att locka fram ytterligare information från informanterna då detta gav dem möjlighet att tänka efter.

De fyra intervjuerna genomfördes i en lokal på respektive avdelning och varade mellan 14-41 minuter. Alla intervjuerna bandades på två ljudfiler och transkriberades ordagrant i nära anslutning till varje intervjutillfälle, vilket totalt genererade 43 sidor utskrivna text. Därefter skickades det transkriberade materialet till handledaren för återkoppling och vidare vägledning.

## Dataanalys

Analysen genomfördes med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008, ss. 107-115). De menar att kvalitativ innehållsanalys lämpar sig väl som analysmetod vid omvårdnadsforskning då den systematiskt och objektivt beskriver och kvantifierar ett fenomen (Ibid. s. 108). Då studien syftade till att belysa upplevelser och inte till att testa en teori valdes en induktiv ansats. Induktiv ansats utgår ifrån specifika data som genom analysprocessen blir en helhet, medan en deduktiv ansats syftar till att pröva ett påstående genom att tvärtom gå från generell till specifik data (Ibid. s. 109).

Efter att datainsamlingen var gjord transkriberades samtliga intervjuer ordagrant med tonfall, pauser och känslöytringar. För att skapa en helhetsbild lästes textmaterialet igenom flera gånger av båda författarna. Sedan fortsatte analysen med att meningsbärande enheter togs ut. Dessa beskrev kärnan av informanternas upplevelser av fenomenet. Tillsammans med handledare diskuterades sedan innehållet innan en mer djupgående analys påbörjades. Därefter diskuterade författarna tillsammans kring varje meningsbärande enhet och sorterade dem så att koder bildades där informanterna beskrev liknande upplevelser med olika ord. Utifrån dessa koder utformades sedan underkategorier. Underkategorierna bildade huvudkategorier som utgör resultatet. Fem huvudkategorier och 12 subkategorier skapades och namngavs. I tabell 2 presenteras ett exempel på analysprocessen.

**Tabell 2.** Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Huvudkategori
Och har vi två sådana patienter, plus anhöriga inne... det... då är man helt slut sedan. Nej efteråt vill man inte prata med någon, nej inte på resten utav dagen.	Utmattning	Emotionell utmattning	Ökad stress hos vårdaren
Man vill gå hem, lägga sig på soffan och stänga av när det varit för mycket	”Vill stänga av”		
Det har en negativ påverkan på mitt privatliv	Påverkan på privatlivet		
Trött i huvudet av allt pockande, knackande	Trött i huvudet		

## **Forskningsetiska överväganden**

I denna studie har Helsingforsdeklarationen legat till grund. Enligt Helsingforsdeklarationen (Medicinska Forskningsrådet 2003) är det viktigt att vid genomförande av kvalitativa studier visa hänsyn och respekt för den individ som delar med sig av upplevelser och tankar som kan vara extra känsliga. Hänsyn skall tas till deltagarnas integritet under forskningsprocessens alla stadier. Då deltagarna ger av sig själva, sin tid och sitt engagemang är det viktigt att som författare förvalta detta förtroende på ett etiskt riktigt sätt. I Helsingforsdeklarationen ingår autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen. Dessa principer skall vara en utgångspunkt vid all omvårdnadsforskning.

Vid intervjutillfället beskrevs syftet med studien för informanterna och även intervjuens tillvägagångssätt och tidslängd. Därefter gavs information om att deltagandet var helt frivilligt och när som helst kunde avbrytas utan redovisad anledning. Vidare informerades informanterna om på vilket sätt deras identitet skulle skyddas under analysprocessen och hur det insamlade datamaterialet skulle handhas. Därefter fick informanterna skriva under ett informerat samtycke (Bilaga 4).

Information gavs till informanterna om när samtalet började spelas in och att det enbart var intervjuerna till studien som skulle ha tillgång till ljudfilerna. Vidare gavs information om att ljudfilerna skulle raderas så snart transkriberingen var klar och textdokumenten endast komma att delges handledaren. Textdokumenten sparades som pappersutskrifter på en säker plats där inga obehöriga hade tillgång till dem. Informanternas identitet fanns endast på de signerade blanketterna för informerat samtycke, vilka kom att förvaras oåtkomligt för obehöriga.

I studien presenteras endast demografiska fakta om informanterna gällande kön, ålder, profession och antal yrkesverksamma år inom intensivvård. För att minska spårbarheten och bevara informanternas konfidentialitet har vårdavdelningarnas identiteter dolts och endast allmän information om verksamheterna presenteras.

Enligt SFS (2003:460) har magisteruppsatser blivit undantagna från kravet på etisk prövning av forskningsetisk kommitté.

Författarna diskuterade nyttan med studien och ansåg att denna översteg riskerna. Tidigare forskning inom ämnet har funnits i begränsad mängd och studien har därmed kunnat motiveras. Att belysa vårdarnas upplevelser av att vårda patienter vakna med respirator kan i förlängningen bidra till att vårdarna själva, verksamheten och patienterna gagnas.

## RESULTAT

Resultatet som presenteras nedan beskriver vårdares upplevelser av att vårda patienter som är vakna med respirator på en intensivvårdsavdelning. Analysen av intervjuerna genererade i fem huvudkategorier och 12 subkategorier (Tabell 3).

**Tabell 3.** Resultatets kategorier.

Huvudkategori	Subkategori
Ökad stress hos vårdaren	Känna sig otillräcklig Emotionell utmattning
Ökade krav på vårdaren	Att vakta patientsäkerheten Att vara fullt närvarande
En resurskrävande vårdform	Personalkrävande Tidskrävande Ett givande arbete när resurserna var de rätta
Patienten blir en person	Man lär känna patienten Närstående blir mer delaktiga Arbetet blir mer stimulerande
Krav på teamsamverkan	Vikten av planering och organisering inom teamet Vikten av förståelse inom teamet

### Ökad stress hos vårdaren

Vårdarna upplevde otillräcklighet vid vården av den vakna patienten då viljan att finnas där för patienten inte alltid kunde infrias då vårdarna hade två patienter samtidigt och tvingades prioritera mellan dem. Vårdarna beskrev emotionell utmattning då de vårdade patienter som krävde mycket uppmärksamhet, en utmattning som kunde gå ut över vårdarnas privatliv.

### Känna sig otillräcklig

Då vårdarna oftast hade hand om två patienter samtidigt kunde arbetet med att ha patienter vakna med respirator upplevas som stressande då vårdaren ibland måste välja mellan patienterna. Att springa fram och tillbaka mellan två oroliga och uppmärksamhetskrävande patienter och förklara för dem att de snart skulle få hjälp men att vårdarna just då inte hade tid för patienten upplevdes som stressande.

*”Ja det blir stressigt, för man springer fram och tillbaka och man försöker förklara att vi måste vara hos den andre patienten nu.”*

Vårdarna upplevde att vissa patienter hamnade i skymundan eller fick mindre uppmärksamhet om den andre patienten de vårdade var vaken och krävde mycket uppmärksamhet. Detta upplevdes som mycket stressande och i situationer där den ena patienten krävde mycket uppmärksamhet samtidigt som det var mycket att göra med den andre patienten uttalade flera av vårdarna att de i dessa lägen kände en vilja att ta till sederande mediciner för att klara av arbetet. Det framkom att det optimala hade varit om vårdarna endast hade hand om en patient åt gången för att klara av att ge patienten den optimala vården och finnas där för dem och lugna dem. När de behövde springa fram och tillbaka mellan två patienter upplevde de en känsla av att inte räkna till. Vårdarna upplevde att en vaken patient i regel krävde mer uppmärksamhet än en sövd patient. Detta upplevdes som mycket stressande, särskilt vid de tillfällen då det var mycket att göra med den andre patienten. Vårdarna upplevde det som utmattande och stressande att veta att patienten ville ha hjälp med något eller att de ville att någon skulle stå bredvid dem, samtidigt som vårdaren höll på att hjälpa den andre patienten eller var upptagen med något annat.

*”Ja det blir stressigt och så. Det känns som om man inte hinner med allt man ska göra eftersom de ofta knackar på en.”*

Även om vårdarna förstod att patienterna var i en mycket utsatt situation och att de hade ett behov av att ha någon hos sig som lugnade dem och att de inte alltid förstod att vårdarna hade en till patient att sköta om, så upplevdes patientens knackande och pockande på uppmärksamhet som tålamodsprövande och skapade en stress hos vårdarna.

### **Emotionell utmattning**

Vårdarna upplevde även det som mer psykiskt påfrestande att vårda patienter som var vakna med respirator än sederade patienter. Särskilt då patienten var orolig och pockade mycket på vårdarnas uppmärksamhet. Den ökade stressen upplevdes ha en negativ påverkan på deras privatliv. Efter en dag inne hos en patient som krävde mycket uppmärksamhet kände vårdarna att de var utmattade psykiskt, var trötta i huvudet och hade en önskan om att få ”stänga av” resten av dagen.

*“Det är jobbigt, alltså det är SÅ påfrestande! Jag tycker att det är jobbigt alltså. Sen så kan jag ju tycka att det är bra, det med att de inte är kvar så länge. Men alltså, för mig som vårdare så tycker jag att det är, waaaaah, mycket mycket mer krävande, det är mycket mer krävande, inte krävande att jag ska kunna mer, det är liksom krävande AV MIG, att jag ska tömma ut mig helt.”*

Vårdarna upplevde att de inte hade ork att bry sig om sin egen familj på samma sätt som de dagar man inte vårdade patienter som var vakna. Störst negativ påverkan på privatlivet upplevdes de dagar de vårdade två patienter som var vakna med respirator.

*”Har vi två sådana patienter, plus anhöriga inne då är man helt slut sedan. Nej efteråt vill man inte prata med någon, nej inte på resten utav dagen.”*

Närstående kunde ses som en extra stressfaktor då de emellanåt krävde mycket hjälp med att tolka det som patienten försökte förmedla eller om de ställde mycket frågor när vårdarna redan hade mycket att göra. Om patienten var stressad kunde detta fortplanta sig till de närstående som på så sätt blev en extra börda.

## **Ökade krav på vårdaren**

Vårdarna upplevde ökade krav över att vaka över patientens säkerhet. Det ökade kravet på att vaka skapade trötthet hos vårdarna. Det skapade också ett ökat krav på full närvaro och att behålla sitt lugn gentemot patienten.

### **Att vakta patientsäkerheten**

Ett återkommande tema var upplevelsen av att vårdaren måste ha full kontroll, man måste "stå på tårna" för att bibehålla patientsäkerheten. En känsla av att vaka, som en utav vårdarna liknade vid att vakta ett barn, infann sig vilket ställde stora krav på vårdarna och skapade en trötthet hos dem. En vaken patient som var orolig eller oklar krävde att vårdarna hade ett öga på denne hela tiden. Vårdarna beskrev att risken att patienten skadade sig själv, drog ut livsnödvändiga katetrar eller accidentellt extuberade sig själv var avsevärt större när patienten var vaken.

Vårdarna upplevde att det krävdes mer av dem som vårdare då de behövde ha full fokus på patienten när den var vaken för att förhindra olyckor. När patienten var sövd kunde vårdarna lättare planera dagen i förväg och de upplevde att de hade mer kontroll över situationen.

*"Ja det krävs ju mer av en nu, det gör det ju! Visst det krävdes mycket av en då också men det var ju, lugnare. Ja det är alltid lugnare när patienten sover för då har man koll."*

En av vårdarna beskrev vakandet över den vakna patienten som en förflyttning av vårdarens fokus. När patienterna var sederade kunde vårdaren koncentrera sig mer på att vaka över patientens vitala parametrar på övervakningsskärmen. Men när patienten var vaken förflyttades vårdarens fokus till patienten i sängen. Övervakningen fokuserades mer på att patienten inte ryckte ut livsnödvändiga katetrar eller extuberade sig själv och mindre fokus lades på parametrar så som blodtryck och puls.

### **Att vara fullt närvarande**

Att vårda patienterna krävde inte bara att vårdarna var på plats fysiskt utan även att de var där mentalt. Vårdarna upplevde ett ökat krav på att de själva behöll sitt lugn i stressade situationer. Om vårdaren uppträdde stressat kunde detta avspeglas på patienten som i sin tur blev än mer stressad. Om patienten var stressad räckte det inte alltid med att bara stå bredvid denne, utan det krävdes att vårdarna var närvarande och klarade av att lugna patienten. Ett arbete som kunde resultera i positiva effekter hos patienten men som upplevdes krävande av vårdarna.

*"Så även ifall man blir jättenöjd när det blir bra, många gånger som det är positivt, så är det mer krävande, för du ska stå bi, det är ju det du gör, du står bi vid sängen."*

Vårdarna upplevde även att patienter som vårdades vakna med respirator krävde mer fortlöpande information än patienter som var sövda. Kommunikationen till patienten hamnade mer i fokus när denne var vaken. Vårdarna upplevde att de upprepade samma information, ex vilken dag det var, oftare till en vaken patient än till en sövd.

### **En resurskrävande vårdform**

Vårdarna upplevde det som mer personalkrävande att vårda vakna patienter då denna vård bedrevs annorlunda jämfört med sövda patienter. De upplevde inte alltid att tiden räckte till

denna nya vårdform. Dock upplevde vårdarna att när resurserna var de rätta var arbetet givande.

### **Personalkrävande**

Vårdarna upplevde det mer personalkrävande att vårda patienter som var vakna med respirator då vården ofta såg annorlunda ut i jämförelse med den vård man bedrev med patienter som var nedsövda. När patienten vårdades vakna låg fokus mer på mobilisering än tidigare då de var sövda. Vissa av vårdarna upplevde en stor skillnad i arbetsuppgifterna sedan man började ha patienterna vakna med respirator, sjukgymnastik och mobilisering hade blivit en del av vardagen. Till detta krävdes det gott om personal, särskilt om den andre patienten också var vakna. Att ta hand om två patienter där den ena skulle mobiliseras och den andre patienten krävde att någon skulle stå bi denne hela tiden ställde krav på utökade resurser. Dock upplevde vissa utav vårdarna att de inte alltid fick stöd och rätt resurser av arbetsgivaren. Den mer personalkrävande trenden att ha patienter vakna med respirator gick emot personalutvecklingen på avdelningarna då vårdarna upplevde en ökad personalbrist. Då flera av vårdarna upplevde det som psykiskt krävande att vårda patienter som var vakna med respirator upplevde de ett behov av feedback från arbetsgivaren, att organisationen behövde bli bättre på att ta hand om sin personal.

*“Du blir även mer stressad över dina arbetsuppgifter eftersom du får stå mer hos patienten. Du hinner inte alltid med att ta fram läkemedel, att blanda dom, eller sådana saker. För du är ju mer på rummet och det är ju därför det går åt mer folk och det är ju därför du behöver någon annan som hjälper dig med dom här sakerna. Antingen med att stå bredvid patienten eller att...”*

En vakna patient upplevdes överlag som mer personalkrävande då de ofta behövde en personal som stod bredvid dem hela tiden. Behovet av att ha tillräckligt med personal på avdelningen för att kunna lösa av varandra på rummet blev större då de vårdade vakna patienter då vården av dessa ofta upplevdes som mer psykiskt påfrestande.

### **Tidskrävande**

Det framkom att vårdarna upplevde det lugnare och mindre tidskrävande att vårda patienter som var djupt sederade. En sövd patient krävde inte samma engagemang då de inte gjorde några oväntade saker så som drog i slangar och sladdar, exempelvis CVK, artärnål eller endotrakealtub. En vakna patient gjorde att det blev svårare att planera dagen då vårdarna hela tiden var tvungna att anpassa sig efter patienten. Vårdarna upplevde ofta att tiden inte räckte till för andra sysslor då den vakna patienten krävde en större närvaro än en sövd patient då den ofta hade ett behov av att ha någon vid sin sida. Patientens behov av att ha någon vid sin sida gjorde även att vårdarna upplevde det som svårt att hinna med sina andra sysslor. Att gå ut till läkemedelsrummet för att hämta mediciner eller göra andra arbetsuppgifter som inte innebar att stå nära patienten fick ofta delegeras till andra i personalen. Detta för att vårdarna inte kunde lämna patienterna då de ofta pockade på uppmärksamheten och ville att någon skulle stå hos dem hela tiden. Extra personal krävdes därför för att vårdarna även skulle hinna med de uppgifter som inte var direkt patientbundna. De vakna patienternas behov av att ha någon som stod bi dem krävde att en personal fanns vid sängen konstant, detta gjorde att tid togs från någon annan uppgift om det inte fanns personal som täckte behovet.

*“Men det är ju som det är, allting handlar om tiden. Sen är det ju väldigt tråkigt, men det är ju faktiskt det som gör att man känner en möjlighet att stå bi patienten. Sen vad det nu är, om ni är på balkongen, att ni dansar, att ni tittar på TV eller sitter och försöker lösa ett korsord.*



*Det har inte så stor betydelse. Utan betydelsen är ju att man känner att, ja men jag har tid med det här, jag kan göra det här!”*

Även kommunikationen med de vakna patienterna upplevdes emellanåt som tidskrävande, då patienterna ofta hade svårt att få fram det de ville ha sagt då de inte kunde prata när de var intuberade eller hade en trakealkanyl inopererad i halsen. Ibland upplevde vårdarna det som väldigt tidskrävande att stå bredvid patienten och försöka tolka det som den försökte mima fram. När patienterna var vakna upplevdes även närstående som mer tidskrävande då de ofta ville ha hjälp med att tolka vad patienterna försökte få fram alternativt att de tolkade allt som patienten försökte få fram och vidarebefordrade detta till vårdarna kontinuerligt.

### **Ett givande arbete när resurserna var de rätta**

Arbetet med att vårda patienter som var vakna med respirator upplevdes inte bara som något stressande och krävande. När det fanns gott om personal och vårdarna upplevde att de hade tid att stå bi patienten utan att behöva känna sig stressad över andra uppgifter eller andra patienter kände de en tillfredsställelse i sitt arbete.

*“Man måste få till det, det är roligt när det fungerar. Vi gör ett bra jobb, jag tycker att vi är duktiga faktiskt, vi är duktiga på det här och vi ställer upp för patienterna och vränger ut och in på oss själva. Men det är på vår egen själsliga och fysiska bekostnad. Det blir en chefsfråga, kan vi få extra resurser och få den här personalen då orkar vi med och det är ju det vi vill, orka med, på något sätt.”*

Viljan att göra ett bra jobb fanns ständigt hos dem men bristen på resurser gjorde att de inte alltid kunde känna sig nöjda med sitt arbete. När de fick vården att fungera, när patienten var nöjd och inte upplevde någon stress kände de sig nöjda i sitt arbete som vårdare. Arbetet med att vårda vakna patienter upplevdes som något positivt och roligt när resurserna var de rätta.

*“Vi hade det ganska lugnt i övrigt på IVA, vi sa: Nu går vi ut! Vi tog sängen, transportrespiratorn, alltihopa! Patienten var vaken och vi brötade ut på balkongen. Vi hade resurser att göra det och alla tyckte att det var så roligt, ja alla tyckte att det var roligt för det var det vi rapporterade över. Ja men vi lyckades få ut honom på balkongen och han tyckte det var roligt och han var vaken och hade sin fru där och satt och tog kort och det blev verkligen quality-time, då är det kul.”*

När resurserna fanns och vårdarna kunde genomföra ett arbete de var nöjda med, så som en större mobilisering av en patient, upplevde de att en positiv anda skapades på avdelningen vilket fick både patienten och personalen på avdelningen att må bra.

### **Patienten blir en person**

När patienterna vårdades vakna skapades möjligheter för en bättre kommunikation med såväl patienten som närstående. Genom detta skapades möjligheter till en djupare relation vilket gjorde att patienten inte bara framstod som en patient utan också som en person. Vårdarna upplevde att detta gjorde att arbetet blev mer stimulerande.

### **Man lär känna patienten**

Det framkom att då patienterna vårdades vakna fick vårdarna en annan bild av patienten. Vårdarna upplevde sig rikta blicken mer mot patienten snarare än mot parametrarna på skärmen. Synen på patienterna gick från att vara ett objekt till ett subjekt.

*“Man får, du får ju en bättre kontakt med patienten, man lär ju känna, även om patienten ligger i respirator så har du en större möjlighet att få ett utbyte, det är ju inte bara någon som ligger där och inte andas och sen så väcker man upp och så ofta skickar man till avdelningen, kanske inte så snabbt men, man har chans att få en annan bild tycker jag.”*

Vårdarna upplevde oftast att det var lättare att kommunicera med patienterna när de var vakna. När kommunikationen fungerade skapades en relation mellan vårdare och patient. Vårdarna upplevde detta som något positivt och upplevde att de fick en annan kontakt med patienten när denne var vaken. Vårdarna själva kände att de fick ett utbyte från patienten och att arbetet upplevdes som roligare och mer givande när de kunde kommunicera med varandra. En annan bild framstod av patienten, “det blir en människa”.

*“Det är ju avhängigt på hur förvirrade dom är, man fokuserar nog mer på patienten i sängen än på skärmarna, än om patienten är sederad.”*

### **Närstående blir mer delaktiga**

Då patienten vårdades vaken med respirator möjliggjordes en bättre kommunikation även för de närstående. Vårdarna upplevde att de närstående ofta kände sig mer lugna och tillfreds av att vara hos patienten då denne var vaken. Detta hade i sin tur en lugnande effekt på patienten. Även vårdarna kände glädje och stimulans i att de närstående och patienten fick en bättre kontakt.

*“Så man ser ju på anhöriga då att de blir ju mer, ja lättare så om de är vakna. Och det är ju lättare också då för då kan de ju kommunicera med dom och dom är ju vana att kommunicera, så de ser ju ansiktsuttryck och hur de mimar och pratar, vad de vill också, så att, den biten är ju positiv.”*

De närstående upplevdes också kunna hjälpa till och bli mer delaktiga i omvårdnaden kring patienten och på så sätt vara en tillgång för teamet. De närstående kunde ses som en extra resurs då de kunde hjälpa till både med omvårdnadsarbetet och med att vaka över patienten.

*“Så att man får med dom på tåget, då kan ju dom vara lite resurs också. Dom har oftast en lugnande effekt på patienten.”*

### **Arbetet blir mer stimulerande**

Då patienten vårdades vaken med respirator fick vårdarna en förbättrad kontakt och kommunikation med patienten. Patienten kunde lättare svara för hur den mådde och kände. Ansiktsuttryck var lättare att läsa av och en del patienter kunde använda pektavla. På så sätt upplevde vårdarna det lättare att kunna uppmuntra och motivera dem. Vårdarna uttryckte att det många gånger var roligare att ha en vaken patient då man fick ett utbyte och ett kvitto på det arbete man gjorde. Patientens framsteg blev också mer framträdande. Det optimala ansågs vara att patienterna var vakna men lugna och kommunikativa, vid sådana situationer upplevde vårdarna det som mest stimulerande att arbeta med vakna patienter.

*“Man kan skoja och skämta och man kan liksom, och ja man ser ju att patienten mår bra, ja och ibland, ja dom blir ju glada när man kommer, liksom “oj, kommer du idag” och vad roligt och så, så man får ju tillbaka också.”*

En annan vårdare uttryckte det:

*“Sen är det faktiskt roligare, tycker jag också, som IVA-sköterska att ha en vakna patient, man kan få prata, alltså det är roligare än att ha en som ligger helt, utslagen, sövd, faktiskt skoj, också, samtidigt som det kanske är mycket, ibland, men det är ju roligare.”*

## **Krav på teamsamverkan**

Vårdarna upplevde att det var av stor vikt att kommunikationen i teamet fungerade väl och att det fanns en förståelse för andra professioners åsikter och beslut. Det var av stor vikt att vården kring den vakna patienten organiserades och planerades i ett tidigt skede.

## **Vikten av planering och organisering inom teamet**

Det framkom att en viktig faktor för en god vård av vakna patienter var planering och organisering inom teamet. För att arbetet kring den vakna patienten skulle fungera krävdes det att man förde en kommunikation kring patienten och dagens upplägg på rondan. Vissa av vårdarna kände ett behov av att föra in målinriktade skalor kring patientens sederingsgrad på rondarna. Detta för att organisera upp rondarbetet och lättare få till sig en ordination de senare kunde följa. Vid exempelvis uppväckning eller extubering av patienterna ökade behoven hos vårdarna att tidigt organisera och lägga upp en plan för patienten för att minska stressen hos vårdarna. Det ställdes högre krav på sjuksköterskan som arbetsledare för att styra upp arbetet kring den vakna patienten.

*“Om man har en kommunikation på rondan, hur många är vi idag? Kan/har vi resurser? Kan vi väcka? Vi kanske inte ska väcka båda två på samma gång. Vem är sjukast? Ska vi ta och börja där. Vi tar det lite varligt, kan vi få in en extra sjuksköterska på rummet? Så att man har lite resurser, för då kan man möta det.”*

## **Vikten av förståelse inom teamet**

Som en del i att vårda vakna patienter med respirator upplevde vårdarna att ett fungerande samarbete inom teamet var av stor vikt. Det framkom att en fungerande teamsamverkan där vårdarna hjälptes åt blev än viktigare än förut. Förutsättningar för detta var en tydlig kommunikation där alla i teamet tog del av den planerade vården kring patienten. Det förutsatte också en följsamhet hos vårdarna, att den egna inställningen till att vårda patienten vakna med respirator sattes åt sidan, för att gemensamt sträva mot samma mål.

Vårdarna upplevde det som att läkarna ofta saknade förståelse för hur mycket mer arbete det innebar att vårda patienterna vakna än sederade. De menade att många gånger blev patienten lugn av läkarens och övrig personals närvaro men så fort rummet lämnades blev patienten mer orolig igen. På så sätt upplevde vårdarna att problemet inte blev synligt för läkarna vilket medförde svårigheter för dem att skapa sig en uppfattning om problemet.

Många gånger försökte vårdarna framföra till läkarna att sederingsnivån var för lätt och inte var lämplig för den enskilde patienten. Vårdarna upplevde det som att det ibland skulle strävas efter lätt sedering “in absurdum oavsett vad” och att vårdarna fick ta konsekvenserna av detta.

*“Och vissa klarar inte av att vara vakna, och då kan det vara en frustration att få läkaren att förstå det att den här patienten fixar inte att ha Dexdor eller fixar inte att vara så vakna utan måste kanske vara mer sövd.”*

Vidare framgick det att det många gånger saknades en följsamhet inom teamet, att det många gånger fattades individuella beslut som ibland motverkade varandra. Det framkom att det

behövdes en mer enhetlig syn på hur patienterna skulle sederas och att alla måste sträva efter ett gemensamt mål. Bättre kommunikation inom teamet, diskussioner kring hur patienterna skulle vara sederade och hur det skulle uppnås ansågs vara viktigt för ett sammanhållet arbetssätt.

*“Det är jobbigt ibland när läkarna inte är en vecka på IVA, utan dom är en dag i taget. För då har alla läkarna en ny bra plan, varje dag, och den är inte samma som den läkaren som har varit innan och det blir lite bökgigt.”*

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Då denna studie syftade till att beskriva vårdares upplevelser kring ett fenomen valdes en kvalitativ ansats som metod. Kvalitativ forskning lämpar sig väl då fenomen från den levda vardagsvärlden ur informantens perspektiv skall studeras (Kvale & Brinkmann 2014, s. 41). Intervjuerna genomfördes i fyra fokusgrupper. Fördelen med denna datainsamlingsmetod var att utifrån en tidsaspekt kunde fler informanter inkluderas i studien än om enskilda intervjuer hade gjorts. Det är svårt att spekulera i om enskilda intervjuer hade genererat ett annorlunda resultat. Wibeck (2010, ss. 53-54) menar dock att fokusgruppsintervjuer är att föredra framför individuella intervjuer då man vill studera hur en viss grupp funderar och tänker tillsammans kring ett fenomen. Fokusgrupper är även att föredra om man vill minska intervjuarens styrande roll då det skapas en diskussion mellan deltagarna och intervjuaren inte på samma sätt som vid en enskild intervju behöver ta initiativ för att hålla samtalet vid liv (Ibid. s. 53).

Enligt Kvale och Brinkmann (2014 s. 45) bör författarna till en studie innan den inleds diskutera och lyfta fram sin förförståelse inom ämnet i ljuset och på så sätt kunna hantera den och sätta den åt sidan. Därför diskuterade författarna till denna studie sin förförståelse kring ämnet innan intervjuerna påbörjades. Detta för att inte färga resultatet. För att inte påverka resultatet ställdes följdfrågor utifrån en föreskriven mall. Detta för att förhindra att ogenomtänkta följdfrågor framfördes som inte var lika öppna och neutrala som var önskvärt. Efter att datainsamlingen var gjord fördes diskussion kring vissa av följdfrågorna och om de eventuellt kunde varit för färgade av vår förförståelse och därmed som en möjlig svaghet i studien.

Två olika intensivvårdsavdelningar i Västsverige valdes ut efter följande två inklusionskriterier: Att avdelningen skulle ha erfarenhet av att vårda vakna patienter med respirator samt att sjukhuset skulle ligga geografiskt nära författarna. Inget strategiskt urval av informanterna gjordes utan dessa valdes ut av vårdenhetscheferna enligt ett lämplighetsurval. Att vårdenhetscheferna valde ut informanterna kan ses som både en fördel och en nackdel. En nackdel kan vara att vårdenhetschefen valde de informanter som denne ansåg som mest lämpliga. Att respektive vårdenhetschef valde ut informanterna kan även ses som en förutsättning för att intervjuerna över huvud taget kunde utföras. Fokusgruppsintervjuer kräver att flera informanter är på plats samtidigt i en verksamhet som många gånger är svår att överblicka och planera. Varje intervjutillfälle inleddes utifrån en föreskriven mall med en kort bakgrundsinformation om studien (Bilaga 3).

Enligt Polit och Beck (2012, s. 332) bör urvalet bestå av informanter med olika bakgrund för maximal variation och för att därmed stärka resultatets trovärdighet. I erhållet urval var informanterna av varierande åldrar, hade varierande arbetslivserfarenhet samt kom från två

olika sjukhus. Detta kan ses som en styrka i studien. En manlig informant deltog, vilket är i enlighet med hur könsfördelningen inom vården ser ut.

Att förutom sjuksköterskor även inkludera undersköterskor i studien var ett medvetet val och är något som kan anses stärka resultatets trovärdighet då dessa två personalkategorier spenderar mest tid hos patienten. Genom att inkludera undersköterskorna kunde detta bidra till ett mer nyanserat material.

Forskningsintervju som datainsamlingsmetod kan beskrivas som ett hantverk och för att lära sig detta behöver många intervjuer genomföras (Kvale & Brinkmann 2014, s. 33). Författarna hade sedan tidigare obetydliga kunskaper i intervjuteknik vilket kan ses som en svaghet i studien. För att minimera risken att detta skulle påverka studiens resultat kunde en provintervju ha genomförts för att kontrollera att intervjufrågorna var passande för att få fram rätt data som besvarade syftet (Elo et al. 2014, s. 4). En föreskriven mall (Bilaga 3) utarbetades dock på förhand som stöd för intervjuerna. Under intervjuerna ställdes öppna samt kompletterande frågor för att stimulera diskussion, något som ledde till att samtalet i huvudsak fördes mellan informanterna.

Då intervjuerna utfördes på arbetstid kan stress, miljö och tidsbrist leda till bias, detta undveks genom att välja tillfällen då informanterna inte arbetade patientnära. Datamaterialet bestod av fyra intervjuer. En av intervjuerna i studien var markant kortare än övriga intervjuer, vilket skulle kunna ha påverkat studiens trovärdighet. Den bedömdes dock ändå som aktuell då den innehöll ett flertal koder, som svarade mot studiens syfte. Innehållet i denna intervju var mer komprimerat och bedömdes innehålla tillräcklig substans trots sin ringa tid. Trots den korta intervjutiden stod det klart och tydligt att informanterna inte hade mer att delge. Författarna ansåg att de genom dessa fyra intervjuer, trots liten datamängd, hade uppnått tillräckligt med information då datamaterialets kvalitet i samråd med handledaren bedömdes som tillräcklig för en studie i denna omfattning. Hade det funnits mer tid hade fler intervjuer kunnat genomföras och på så sätt berika studien än mer. Inom innehållsanalys kan mättnad betraktas som när datainsamlingen har genererat tillräckligt med data för att skapa kategorier och för att kunna länka samman data till en helhet som svarar mot studiens syfte (Elo et al. 2014, s. 5). Under samtliga fokusgruppsintervjuer var båda författarna närvarande. En av författarna var moderator och den andre var justerare. Det fanns både fördelar och nackdelar med att vara två i intervjusituationen. Det sågs som en fördel att båda intervjuerna fick en helhetsuppfattning av intervjusvaren, medan det kunde ses som en nackdel om informanterna upplevde sig utsatta då två personer ställde frågor. Genom att båda följde upp svaren som informanterna gav, medförde detta troligen att ett rikare material framkom och en ökad trovärdighet genererades. Justeraren kunde gå in och hjälpa moderatoren, då i en mer aktiv roll. Detta för att fokus skulle ligga kvar på fenomenet, och att informanterna inte skulle sväva ut i sina berättelser. Moderatoren var den som fördelade frågor och följdfrågor, så att alla i fokusgruppen kom till tals. Wibeck (2010, s. 32) menar att en fara med fokusgrupper kan vara att en person kommer till tals oftare än andra, och att det är dennes åsikter som kommer fram i resultatet. Detta ansågs dock inte som ett problem, då upplevelsen var att alla kom väl till tals. Vid analys av datamaterial baserade på fokusgruppsintervjuer är det av stor vikt att väga in på vilket sätt som deltagarna interagerar med varandra (Hydén & Bulow 2003, ss. 319-320). Det har stor betydelse vid tolkning och utvärdering av materialet huruvida de pratar i egenskap av att vara en enskild individ, eller som deltagare av en liten grupp. Det är alltså viktigt att inte bara analysera vem som talar utan också betänka utifrån vilken personlig egenskap och social tillhörighet denne talar. Om detta tas i beaktning hos deltagarna i fokusgruppen kan man uppnå en mer komplex uppfattning av datamaterialet.

Den analysmetod som ansågs mest passande för studiens syfte var innehållsanalys och den metoden valdes därför (Elo & Kyngäs 2008, ss. 107-115). Omedelbart efter genomförd intervju transkriberades intervjuerna ordagrant av författarna. Detta stärker enligt Kvale och Brinkmann (2014) en studies pålitlighet. För att undvika att personliga tolkningar påverkade analysprocessen och för att öka studiens trovärdighet så genomfördes först kodningen var för sig av författarna. Efter att båda författarna hade identifierat meningsbärande enheter och skapat koder så jämfördes koderna för att utesluta att någonting hade missats. Analysen innefattade även diskussion med handledare, för att erhålla ytterligare infallsvinklar. För att göra resultatet än mer betydelsefullt och för att säkerställa att det korrekt återgav vad informanterna förmedlat citeras ett antal av informanterna i resultattexten. Dessa är utskrivna ordagrant i sin helhet för att undvika att de förändrats i sin innebörd. All data som var relevant utifrån studiens syfte finns inkluderat i de kategorier som utgör studiens resultat, vilket ökar trovärdigheten till analysprocessen (Elo & Kyngäs 2008, s. 112).

Forskningsetiska aspekter är viktigt att ta i beaktning när en kvalitativ studie genomförs. Denna studies forskningsetiska förhållningssätt har tagit sin utgångspunkt ur Helsingforsdeklarationen som bygger på en rad principer (MFR 2003). Under intervjuerna tillämpades autonomiprincipen då informanterna erbjöds rätten att avbryta sitt deltagande utan redovisad anledning. Det var dock ingen av informanterna som valde att avbryta sitt deltagande. Autonomiprincipen gör vidare gällande att alla människor ska betraktas som självbestämmande samt att informerat samtycke speglar rätten till detta. Informanterna erhöll information innan studien påbörjades. Denna information godkändes av handledaren. I den skriftliga informationen har troligtvis alla upplysningar angivits som var nödvändiga då inga ytterligare frågor från deltagarna ställdes. Dock har författarna själva uppmärksammat att de förbiset att skriftligt informera om eventuella fördelar och risker med att delta i studien. Detta är en svaghet i studien som går emot autonomiprincipen. Enligt Helsingforsdeklarationen (MFR 2003) appliceras godhetsprincipen på forskning genom att sträva efter att göra gott genom att bidra till ny medicinsk kunskap exempelvis inom omvårdnad. På så sätt får risker med en studie vägas mot dess nytta. I föreliggande studie har tidigare forskning funnits i begränsad mängd och studien har därmed kunnat motiveras. Studien bidrog också till godhetsprincipen genom att vårdarens deltagande i studien i sig bidrog till att främja en reflektion som de kan ta med sig i sitt arbete och även på ett personligt plan. Respekt för deltagarnas integritet och person har visats vid intervjuerna och vid hantering av ljudfilerna samt det transkriberade textmaterialet. Informanternas såväl som vårdavdelningarnas identitet har inte redovisats för att minska spårbarheten. Detta är också i enlighet med godhetsprincipen.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med studien var att undersöka vårdarens upplevelser av att vårda patienter som var vakna med respirator på en intensivvårdsavdelning. Resultatet av studien påvisade både negativa och positiva upplevelser med denna vårdform.

En av de negativa upplevelserna var ökad stress hos vårdaren i att inte räcka till och kunna stå patienten bi i tillräcklig utsträckning. I en avhandling av Cronqvist (2004, ss. 5-6) beskrivs att det finns en relation mellan stress och moralisk stress. Moralisk stress inom vården kan uppstå då vårdaren upplever ett krav på att göra, eller att avstå att göra något som går emot dennes egna värderingar. Ett exempel som nämns i Cronqvists avhandling som kan skapa moralisk stress är att behöva prioritera mellan patienter när personalen är underbemannad. Resultatet i vår studie visade just detta, att vårdarna upplevde en stress över att behöva välja mellan två patienter när de båda uppvisade ett behov av hjälp. Det var en moralisk stress som upplevdes större då de vakna patienterna krävde mer uppmärksamhet och närvaro av vårdarna än de

djupt sederade patienterna. En känsla av otillräcklighet hos vårdarna då det inte fanns tid och resurser att stå patienterna bi.

En återkommande känsla hos vårdarna var att om vården kring den vakne intensivvårdspatienten skulle kunna fungera optimalt och för att patientsäkerheten skulle kunna bibehållas så borde vårdarna inte vårda mer än en patient åt gången. I en studie gjord av Laerkner, Egerod och Hansen (2015, s. 5) understryks vikten av att vårdarna endast ska vårda en vakne intensivvårdspatient åt gången för att kunna bedriva en god vård. Tingsvik et al. (2013, ss. 124-129) beskriver i en studie att risken för accidentella extubationer minskar nämnvärt om personalen kan sitta vid sängkanten och exempelvis hålla patientens hand och på så sätt lugna denne. En sådan enkel vårdhandling ökar därmed patientsäkerheten. För att kunna genomföra detta krävs det tid och resurser och även i denna studie framkommer det att det optimala skulle vara att vårdarna endast vårdar en patient åt gången. Detta blir dock ett problem då det råder en brist i Sverige på specialistsjuksköterskor inom intensivvård. Den 20 februari 2015 kom Socialstyrelsen (2015) ut med ett pressmeddelande om att behovet av fler sjuksköterskor ökade, och framför allt behovet av specialistsjuksköterskor inom bland annat intensivvård. Bristen på specialistsjuksköterskor skulle därför kunna vara en bidragande orsak till den ökade stress som vårdarna i resultatet upplevde. En satsning på mer utbildning skulle vara önskvärt här. Att betala vidareutbildningen kan vara lockande till att få fler sjuksköterskor att vilja vidareutbilda sig inom intensivvård.

Behovet av att finnas nära patienten, att stå patienten bi och att vaka över patientsäkerheten har, som nämnts tidigare, ökat i och med att sjukvården går mot att ha patienterna mer vakna med respirator. Dock har inte intensivvårdssjuksköterskornas övriga uppgifter, så som rondarbete och medicinadministrering, minskat. Detta innebär att intensivvårdssjuksköterskorna ska utföra samma arbetsuppgifter fast på mindre tid än innan. Också detta blir en personalbemanningsfråga. I och med den trend som råder inom sjukvården att gå alltmer mot att vårda patienter vakna med respirator kan det vara aktuellt att antingen se över specialistsjuksköterskors övriga arbetsuppgifter eller se över personalstyrkan. Kanske kan vissa av dessa arbetsuppgifter som specialistsjuksköterskor utför istället skötas av övrig personal för att frigöra mer tid för specialistsjuksköterskor att vårda patienten som är vakna med respirator.

Resultatet av studien tyder också på att vårdarna kunde slappna av bättre då patienten var sederad då det fanns mindre risk att något oförutsett skulle ske och de upplevde att de hade bättre kontroll. I en studie gjord av Tanios et al. (2014, ss. 306-315) framkom det att ofrivilliga extubationer förekom i större utsträckning då patienten vårdades vakna. I studien gjord av Tingsvik et al. (2013, ss. 124-129) framkom det att då de vakna patienterna lämnades obevakade fanns en ökad risk för ofrivilliga extubationer. Båda dessa studiers resultat tyder på att lätt sederad är en riskfaktor för ofrivilliga extubationer, om inte det finns tillräckligt med personal att stå patienten bi och vaka över denne.

Att vårdarna i denna studie upplevde det mer påfrestande att vårda patienterna som var vakna behöver dock inte betyda att vårdarna har en objektifierad patientsyn, eller att de inte vill vårda dessa patienter. Trots känslan av ett mer påfrestande arbete upplevde vårdarna det som roligt och mer stimulerande bara rätt förutsättningar, resursmässigt och organisatoriskt, fanns. Fanns de rätta resurserna behövde inte vårdarna ställas inför det etiska dilemmat att behöva prioritera mellan patienterna. Det negativa resultat som ibland framgick kan stå för känslor av frustration snarare än en objektifierad syn på patienten.

De ökade kraven och den ökade stressen som vårdandet av den vakne intensivvårdspatienten innebar kan i vårt resultat direkt kopplas ihop med brist på resurser inom intensivvård. Detta

innebär att när resurserna finns, när det finns tillräckligt med personal och tid som gör det möjligt att stå bi patienten och vaka över denne, så kan arbetet upplevas som ett mer givande, roligt och utmanande arbete.

I en dansk studie gjord av Laerkner, Egerod och Hansen (2015, ss. 1-9) som undersökte sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter som vårdades vakna med respirator visade det sig att sjuksköterskorna upplevde det som krävande men samtidigt givande att vårda dessa patienter. Sjuksköterskorna upplevde att de fick direkt-feedback på sitt arbete vilket gav dem en känsla av tillfredsställelse. Resultatet visade vidare att, om de rätta resurserna fanns, kunde vården upplevas ge vårdarna mer stimulans i sitt arbete än vid vård av djupt sederade patienter. När vårdarna kunde kommunicera med patienten, fick de en annan kontakt med patienten än om denne var djupt sederad. På så vis skapades en relation till patienten och vårdarna såg patienten som en person snarare än som ett objekt. Genom att lära känna patienten skapades bättre förutsättningar för att kunna ge en individuell vård utifrån patientens önskemål.

Att bli sedd som en person och att få dela dagliga händelser med sjukvårdspersonalen och närstående stärker patientens självförtroende och upplevelse av att tillhöra ett socialt sammanhang. Det är först när patienten får sina individuella behov tillgodosedda som denne upplever vården som god (Attree 2001, ss. 456-466). Tingsvik et al. (2013, s. 127) menar att det är att föredra att vårdarna inkluderar närstående i vården av vakna patienter med respirator och uppmuntrar dem att stå vid sidan av sängkanten för att hjälpa patienten att bibehålla sin integritet och sin känsla av sammanhang. I resultatet i vår studie framkom det att närstående kunde ses som en resurs, då de kunde hjälpa till i både omvårdnadsarbetet och med att vaka över patienten. Närstående ansågs även oftast ha en lugnande inverkan på patienten. I en studie (Engström, Uusitalo & Engström 2011, s. 4) där syftet var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av närståendes påverkan och inblandning i intensivvård framkom det att sjuksköterskorna upplevde att närstående oftast hade en lugnande inverkan på patienterna och på så sätt hade en positiv inverkan på sjuksköterskornas arbete. Dock kunde närstående upplevas som en bidragande faktor till ökad stress hos sjuksköterskorna då de var ont om tid och närstående hade mycket frågor (Ibid. s. 6). Detta stämmer väl in på resultatet av denna studie där det framkom att närstående kunde ses som en resurs men också skapade en känsla av ökad stress då tiden var knapp.

Resultatet visar att en god teamsamverkan är av stor vikt. I en studie gjord av Ballangrud, Hall-Lord, Persenius och Hedelin (2014, ss. 179-187) framkom det att simuleringsövningar med multiprofessionellt deltagande kunde bidra till ökad medvetenhet och förståelse för varandras professioner och på så sätt bidra till en ökad patientsäkerhet.

Sammanfattningsvis överensstämmer resultatet av vår studie av vårdares upplevelser av att vårda patienter som är vakna med respirator tämligen väl med resultaten av tidigare liknande studier. Resultatet indikerar att vårdarna upplevde det som något positivt att vårda patienter vakna med respirator men att de upplevde ökade krav och en känsla av att inte kunna bibehålla patientsäkerheten om inte resurserna var de rätta. Vi hoppas att resultatet ska kunna bidra till att detta uppmärksammas inom verksamheter som bedriver denna vårdform, men det behövs fler studier inom området för att skapa en bredare bild.

## SLUTSATS

Vård av patienter som är vakna med respirator ökar möjligheten för vårdaren att bättre lära känna patienten och därmed få ett mer stimulerande arbete. Vårdformen har dessutom många



fördelar för patienten som exempelvis minskad risk för intensivvårdsdelirium samt tidigare mobilisering och därmed en kortare vårtid. Sammantaget bidrar dessa fördelar till att det är motiverat att fortsätta på den inslagna vägen att sträva mot att utöka denna form av vård.

Vårdformen upplevs emellertid också av vårdarna som utmanande och krävande, vilket leder till känslor av otillräcklighet och stress. Den ökade stress och arbetsbelastning som vårdarna ger uttryck för i denna och liknande studier måste beaktas för att utvecklingen mot allt mer av denna vårdform ska vara hållbar.

För att ta tillvara på de positiva effekterna av att ha patienten mer vakna krävs resurser och en multiprofessionell teamsamverkan. Dock framgår i resultatet att vårdarna inte alltid får det stöd och resurser av arbetsgivaren som denna nya vårdform kräver. Den mer personalkrävande trenden att ha patienter vakna med respirator går emot personalutvecklingen på avdelningarna då vårdarna snarare upplever en ökande personalbrist. Om den nya vårdformen skall fungera optimalt, om patientsäkerheten ska bibehållas och vårdarna skall klara av de ökade kraven vårdformen ställer på dem, behöver bemanningen på intensivvårdsavdelningarna förändras. Personalutveckling på intensivvårdsavdelningarna i Sverige går i nuläget åt motsatt håll för vad som krävs för att bedriva denna vård. Först när dessa går hand i hand kommer vården att fungera optimalt, för vårdarna men framförallt för patienterna.

## KLINISKA IMPLIKATIONER

Då studiens resultat visade på att det är viktigt med resurser och en multiprofessionell teamsamverkan kring vården av patienter som är vakna med respirator, kan denna kunskap implementeras till verksamheter som bedriver denna typ av vård. Resultatet skulle även kunna bidra med kunskap vid utveckling av patientsäkerhet, då det framkom att vården av vakna patienter med respirator upplevdes som en patientsäkerhetsrisk när vårdarna hade hand om två patienter samtidigt och inte hade möjlighet till att stå bi patienten i den mån som krävdes. Studien skulle kunna bidra till ökad medvetenhet och förståelse kring de utmaningar som vårdare möter vid vård av patienter som är vakna med respirator. Kontinuerlig träning i form av multiprofessionella simuleringsövningar skulle kunna bidra till en bättre teamsamverkan och därmed en ökad patientsäkerhet. Att avsätta tid för gemensamma gruppreflektioner där man diskuterar utmanande arbetssituationer skulle också kunna bidra till utveckling för verksamheten.

## REFERENSER

Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), ss. 456-466.

Ballangrud, R., Hall-Lord, M L., Persenius, M. & Hedelin, B. (2014). Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team-training for building patient safety in intensive care: A descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(4), ss. 179-187.

Brattebo, G., Hofoss D., Flaatten, H., Muri, A-K., Gjerde, S. & Plsek, P-E. (2002). Effect of scoring system and propofol for sedation on duration of patients' need for ventilator support in a surgical intensive care unit. *British Medical Journal*, 324(7350), ss. 1386-1389. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7350.1386>

Cronqvist, A. (2004). *The moral enterprise in intensive care nursing*. Diss. Department of Nursing. Stockholm: Karolinska Institutet.

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

Devlin, J., Boleski, G., Mlynarek, M., Nerenz, D., Peterson, E., Jankowski, M., Horst, H. & Zarowitz, B. (1999). Motor Activity Assessment Scale: A valid and reliable sedation scale for use with mechanically ventilated patients in an adult surgical intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 27(7), ss. 1271-1275.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss. 107-115.

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utrianen, K. & Kyngäs, H. (2014) Qualitative Content Analysis – A Focus on Trustworthiness. *Sage Open*, ss. 1-10. Från <http://sgo.sagepub.com/content/spsgo/4/1/2158244014522633.full.pdf>

Engström, B., Uusitalo, A. & Engström, Å. (2011). Relatives' involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(1), ss. 1-9.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hydén, L-C. & Bulow, PH. (2003). Who's talking: drawing conclusions from focus groups - some methodological considerations. *International Journal of Social Research Methodology*, 6(4), ss. 305-321. DOI: 10.1080/13645570210124865

Karlsson, V. (2012). *Att vårdas vaken med respirator - patienters och närståendes upplevelser från en intensivvårdsavdelning*. Diss. Göteborgs Universitet, Sverige. Göteborg: Kompaniet.

Karlsson, V., Forsberg, A. & Bergbom, I. (2010). Relatives' experiences of visiting a conscious, mechanically ventilated patient - A hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(2), ss. 91-100.

Karlsson, V., Forsberg, A. & Bergbom, I. (2012). Communication when patients are conscious during respirator treatment- A hermeneutic observation study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(4), ss. 197-207.

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

Lachaine, J. & Beauchemin, C. (2012). Economic evaluation of dexmedetomidine relative to midazolam for sedation in the intensive care unit. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 65(3), ss. 103-110.

Laerkner, E., Egerod, I. & Hansen Ploug, H. (2015). Nurses' experiences of caring for critically ill, non-sedated, mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), ss. 1-9.

Medicinska forskarrådet, MFR (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Uppsala: Almqvist & Wiksell.

Morton, P. G. & Fontaine, D. K. (2013). *Critical care nursing – a holistic approach*, (10<sup>th</sup> edition). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D F. & Beck, C T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9<sup>th</sup> Ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Samuelsson, K. (2006). *Sedation during mechanical ventilation in intensive care. Sedation practices and patients' memories, stressful experiences and psychological distress*. Diss. Department of Health Sciences. Faculty of Medicine. Sweden: Lund University.

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.  
[http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/](http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/) Hämtad 151008.

Socialstyrelsen (2015). Ökat behov av sjuksköterskor och specialistläkare.  
<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2015februari/okatbehovavsjukskoterskorochspecialistlakare> Hämtad 151007.

Tanios, M., Epstein, S., Grzeskowiak, M., Nguyen, H M., Park H. & Leo, J. (2014). Influence of sedation strategies on unplanned extubation in a mixed intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 23(4), ss. 306-315.

Tingsvik, C., Bexell E., Andersson, A-C. & Henricson, M. (2013). Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Australian Critical Care*, 26(3), ss. 124-129.

Tsay, S.-F., Mu, P. F., Lin, S., Wang, K.-W. K. & Chen, Y.-C. (2013). The experiences of adult ventilator-dependent patients: A meta-synthesis review. *Nursing & Health Sciences*, 15(4), ss. 525–533.

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*.  
Lund: Studentlitteratur.

## Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

## Bilaga 1.

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Intensivvård, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syftet med examensarbetet är att undersöka vårdares upplevelser av att stå bi patienter som vårdas vakna i respirator på en intensivvårdsavdelning.

Trenden går allt mer mot att vårda patienter vakna i respirator. Studier finns om hur patienter upplever detta och hur det påverkar deras fysiska och psykiska hälsa i efterförloppet. Man har även studerat hur anhöriga upplever det att patienter vårdas vakna i respirator. Att vårda patienter som är vakna eller lätt sederade under respiratorbehandling ställer höga krav på omvårdnadspersonalen och deras upplevelser av att stå bi patienter vakna i respirator är ett relativt outforskat område.

Vi kommer genomföra 4 fokusgruppsintervjuer. Två grupper med 3-8 sjuksköterskor samt 2 grupper med 3-8 undersköterskor. Vi som genomför studien kommer att närvara vid samtliga intervjuer, där en av oss kommer att vara moderator och den andre vara justerare. Justeraren kommer att spela in intervjuerna på en ljudfil för senare transkribering.

På er avdelning kommer vi att genomföra två fokusgruppsintervjuer, en med sjuksköterskor och en med undersköterskor. Intervjuerna kommer att äga rum under vecka 37 vid ett tillfälle. Vardera intervjun kommer att pågå max en timme, vi är tacksamma om ni på avdelningen kan bistå med ett samtalsrum.

Vi bifogar med detta brev forskningspersonsinformation samt vår projektplan inför fokusgruppsintervjuerna. Innan vi startar intervjuerna kommer vi att muntligt redovisa syftet med intervjuerna samt inhämta informerat samtycke från alla deltagarna.

Eventuella uppgifter som kan identifiera deltagarna i studien kommer att tas bort och ingen obehörig kommer att ha tillgång till datamaterialet.

Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara oidentifierat. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Hälsningar

Malin Koitränd  
[malin.koitränd@gmail.com](mailto:malin.koitränd@gmail.com)  
0733-638055

Elisabeth Ahlqvist  
[nzstudentgbg@hotmail.com](mailto:nzstudentgbg@hotmail.com)  
0733-845763

Handledare:  
Isabell Fridh, Lektor PhD  
Isabell.Fridh@hb.se  
033-4354590

## Forskningspersonsinformation

## Bilaga 2.

Detta är en förfrågan till dig om att delta i vår studie om vårdares upplevelser av att stå bi patienter som vårdas vakna i respirator.

Under senare år har det skett en förändring i hur vi sederar patienterna på intensivvårdsavdelningar. Från att ha varit djupt sederade har vi nu gått till att vårda patienterna så lätt sederade som möjligt. Man har i studier sett allt mer positiva fördelar med att vårda patienterna vakna trots att de vårdas i respirator. Djup sedering har visat sig ge högre frekvens av delirium och posttraumatiskt stressyndrom än vad lätt sedering ger och man har även sett att djup sedering leder till längre vårdtider och högre vårdkostnader. Studier har gjorts på hur både patienter och anhöriga upplever det att vårdas vakna i respirator, medan vårdares upplevelser är relativt outforskade. Vårt syfte med studien är därför att undersöka vårdares upplevelser av att stå bi patienter som vårdas vakna i respirator på en intensivvårdsavdelning.

Vi kommer genomföra 4 fokusgruppsintervjuer. Två grupper med sjuksköterskor samt 2 grupper med undersköterskor. Intervjuerna kommer att ta max 1 timme var och genomförs vid ett tillfälle. Vi som genomför studien kommer att närvara vid samtliga intervjuer, där en av oss kommer att vara moderator och den andre vara justerare. Justeraren kommer att spela in intervjuerna på en ljudfil för senare transkribering.

I studien kommer inga personuppgifter att registreras. Studien kommer att presenteras skriftligt där resultatet inte kommer att gå att härleda till någon utav er forskningspersoner. Era svar och resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. I resultatet kommer inte ert namn och era personuppgifter att finnas med. Ljudupptagning och den transkriberade texten från intervjuerna kommer att förvaras så att inga obehöriga kan ta del av dessa. I rapporten kommer eventuellt citat av det som sagts användas men dessa kommer att väljas ut så att din anonymitet garanteras.

Deltagare i studien och de berörda verksamheterna kommer ej att kunna ta del av individuella data utan endast få tillgång till studien i sin helhet. Studien kommer att publiceras enligt sedvanliga rutiner för magisteruppsatser vid Borås Högskola.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan redovisad anledning.

### ***Ansvariga***

Malin Koitränd 0733-638055,  
[malin.koitränd@gmail.com](mailto:malin.koitränd@gmail.com)  
Elisabeth Ahlqvist 0733-845763  
[nzstudentgbg@hotmail.com](mailto:nzstudentgbg@hotmail.com)

Handledare:  
Isabell Fridh, Lektor PhD,  
033-4354590,  
isabell.fridh@hb.se

***Samtyckesformulär*** Både muntlig och skriftlig information kommer ges till deltagarna för informerat samtycke (bilaga 4).



## Underlag för fokusgruppsintervju

## Bilaga 3.

- Presentation av oss själva, vilka vi är och vilken utbildning vi går.
- Delar ut formulär till forskningspersonerna där de får fylla i kön, ålder, utbildning och erfarenhet av IVA-vård.
- Informera forskningspersonerna om att deltagandet är frivilligt och att det när som helst går att avbryta. Allt som sägs kommer att avidentifieras innan det presenteras i resultatet. Vidare ges information kring tidsåtgång samt att intervjun kommer sparas på en ljudfil.
- Presentation av uppsatsen:

De senaste åren har det blivit allt vanligare att vårda patienter i respirator som är lättare sederade än förr. Vi har fått förfrågan av forskaren Veronika Karlsson om att studera vårdarens upplevelser av att stå bi patienter som är vakna i respirator. Veronika har tidigare gjort studier på patienters och anhörigas upplevelser av att vårdas vakna i respirator, men hon har själv inte gjort några studier kring vårdarens upplevelser. Ämnet i sig är ett relativt outforskat område. Resultatet av den här studien kommer därför komplettera hennes avhandling ”Att vårdas vakna med respirator - patienters och närståendes upplevelser från en intensivvårdsavdelning”.

- Presentation av begreppet ”stå bi”

Veronika har myntat begreppet ”stå bi”. Stå bi kan inom intensivvården beskrivas som att som vårdare både finnas där och finnas med samtidigt. Att stå bi är en vårdande handling som ställer kravet på vårdaren att höra, se, lyssna och känna patienten och på så sätt skapa trygghet för patienten. I Veronikas avhandling om patienter och närståendes upplevelser av patienter som vårdas vakna i respirator skriver hon att stå bi innebär

”ett förhållningssätt och en genuin vilja att vara tillgänglig för patienten, att vara närvarande, samt att vara pålitlig och lojal med patienten och dennes strävan efter att överleva och återhämta sig. I förhållningssättet att stå bi förmedlar vårdaren en gemenskap och ett löfte till patienten; att de kämpar tillsammans och att vårdarens vilja är att lindra patientens lidande samt en påtaglig vilja att bevara ”den Andres liv”. När vårdaren står patienten bi tar vårdaren ansvar för patienten och visar det genom sitt löfte om att inte lämna patienten vad som än händer”

- Presentation av begreppet ”vakna patienter”

Att som patient vårdas vakna i respirator kan dels innebära att vara helt fri från lugnande/sederande mediciner. Det kan också innebära att patienten har lugnande/sederande mediciner, men är så pass lätt sederad att den kan föra ett samtal med omvärlden. Patienten ska ligga på 2-3 på MAAS skala alternativt 0 - -2 på RASS.

- Presentation av syftet med studien

Syftet med vår uppsats är att undersöka vårdares upplevelser av att stå bi patienter som vårdas vakna i respirator på en intensivvårdsavdelning

Start av själva intervjun utgår från huvudfrågan: Hur upplever ni det är att stå bi patienter som vårdas vakna i respirator? Vår tanke är att initialt starkt kontrollera processen genom att presentera oss själva, studien och dess syfte samt de aktuella begreppen. När vi har presenterat vår huvudfråga är tanken att vi ska övergå till en svagare delaktighet under intervjun. Tanken är att forskningspersonerna själva ska föra diskussionen framåt med hjälp av moderatorn som genom frågor leder tillbaka diskussionen mot fenomenet, frågor så som:

- Kan du utveckla?
- Vad innebär det för dig som vårdare?
- Kan du ge något exempel?
- Vad menar du med det?

- Avslutar med att tacka för deltagandet och visat intresse.

Informerat samtycke för deltagande i fokusgruppsintervju om att vårda patienter som är vakna under respiratorbehandling

**Innan Du signerar läs igenom följande 4 punkter**

- Jag har tagit del av den skriftliga informationen angående forskningsstudien om "Vårdares upplevelser av att stå bi patienter som vårdas vakna i respirator.
- Jag ger mitt samtycke till att delta i studien och vet att mitt deltagande är helt frivilligt.
- Jag är medveten om att jag när som helst och utan förklaring kan dra tillbaka mitt samtycke och avsluta deltagandet.
- Jag tillåter att mina personuppgifter registreras enligt den information jag tagit del av och att insamlad data om mig förvaras och hanteras elektroniskt av studieansvariga

Underskrift

Namnförtydligande

Datum

-----



## Demografiska fakta för deltagare i fokusgruppsintervju

Bilaga 5.

Kön: Man  Kvinna

Ålder: \_\_\_\_ år

Utbildning:

Erfarenhet av IVA-vård: \_\_\_\_ år