



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Akademien för hälsa, vård och välfärd

INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERSORS BEHOV AV STÖD OCH RESURSER

-Vid vård av patienter med lätt eller ingen sedering i respirator

EMIL MALM WIKSTRÖM
KRISTIAN SELERUP

Huvudområde: Vårdvetenskap med
inriktning mot omvårdnad
Nivå: Avancerad nivå
Högskolepoäng: 15 HP
Program: Fristående kurs
Kursnamn: Examensarbete i vårdvetenskap
med inriktning mot omvårdnad
Kurskod: VAE021

Handledare: Annelie Gusdal
Examinator: Linda Sellin

Seminariedatum: 2019-09-17
Betygsdatum: 2019-10-16

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Tidigare forskning visar att det finns fysiologiska fördelar med att använda sig av lätt eller ingen sedering istället för tung sedering. Tidigare forskning visar även att intensivvårdssjuksköterskan föredrar att vårda patienter med lätt eller ingen sedering i respirator eftersom det underlättar kommunikationen med patienterna. Både intensivvårdssjuksköterskor och patienter upplever svårigheter i samband med lätt eller ingen sedering i respirator. Bland annat att ha tiden att vara närvarande, att kommunicera och att ta hand om flera patienter samtidigt där huvudansvaret ligger hos intensivvårdssjuksköterskan att underlätta för patienterna.

Syfte: Syftet med examensarbetet var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors behov av stöd och resurser vid vård av patienter i respirator med lätt eller ingen sedering.

Metod: Intervjustudie med semistrukturerade intervjuer och en kvalitativ innehållsanalys. Åtta intensivvårdssjuksköterskor intervjuades på två olika intensivvårdsavdelningar.

Resultat: Under analysen av intervjuerna framkom två kategorier Helhetsperspektiv inom omvårdnaden och En intensivvårdsanpassad verksamhet. Det framkom fyra respektive två underkategorier till dessa.

Slutsats: Ett stöd för intensivvårdssjuksköterskorna i arbetet är kompetenta medarbetare, att arbetsplatsen främjar ett patientnära arbete, och att ha resurser som är individuellt anpassade utifrån patienterna.

Nyckelord: Hjälpmedel, Intensivvård, Kommunikation, Närvaro, Redskap, Vakenhetsgrad.

ABSTRACT

Background: Previous research shows that there are physiological benefits of using low dose or no sedation instead of heavy sedation. Previous research also shows that the intensive care nurse prefers to care for patients with low dose or no sedation in the respirator as it facilitates communication with the patients. Both intensive care nurses and patients experience difficulties with low dose or no sedation in the respirator. Among other things, having the time to be present, to communicate and to take care of several patients at the same time where the main responsibility lies with the intensive care nurse to facilitate the patients.

Aim: The aim of the study was to investigate the need for support and resources of intensive care nurses in the care of patients in respirators with low dose or no sedation.

Method: Interview study with semi-structured interviews and a qualitative content analysis. Eight intensive care nurses were interviewed at two different intensive care units.

Results: During the analysis of the interviews, two categories emerged Overall perspective in nursing and Intensive care adapted business. There were four and two subcategories respectively for these.

Conclusion: Support for the intensive care nurses at work is competent staff, that the workplace promotes patient-related work, and having resources that are individually tailored to the patients.

Keywords: Assistive Technology, Attendance, Awareness, Communication, Intensive Care, Tools.

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	Datainsamling	1
2.2	Styrdokument, riktlinjer och definitioner	2
2.2.1	<i>Kompetensbeskrivningar och riktlinjer</i>	2
2.2.2	<i>Definition av stöd</i>	3
2.2.3	<i>Definition av resurs</i>	3
2.3	Intensivvård	3
2.3.1	<i>Respiratorvård</i>	4
2.3.2	<i>Lätt eller ingen sedering</i>	4
2.3.3	<i>Kommunikationsunderlättande åtgärder/redskap</i>	5
2.4	Tidigare forskning	5
2.4.1	<i>Anhörigas upplevelser av närstående som vårdas i respirator</i>	5
2.4.2	<i>Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda vakna patienter i respirator</i>	5
2.4.3	<i>Patienters upplevelser av att vårdas med lätt eller ingen sedering i respirator</i> .	6
2.5	Vårdvetenskapligt perspektiv	10
2.5.1	<i>Personcentrerad vård</i>	10
2.5.2	<i>Vårdande samtal och kommunikation</i>	11
2.5.3	<i>Aktivt lyssnande</i>	11
2.5.4	<i>Värdighet</i>	12
2.6	Problemformulering	13
3	SYFTE	13
4	METOD	13
4.1	Design	14
4.2	Urval och datainsamling	14
4.3	Genomförande och dataanalys	16

5	FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	17
6	RESULTAT	18
6.1	Helhetsperspektiv inom omvårdnaden	19
6.1.1	<i>Individanpassning av omvårdnaden</i>	19
6.1.2	<i>Anpassning av alternativ och kompletterande kommunikation</i>	20
6.1.3	<i>En flexibel parvård</i>	21
6.1.4	<i>Den konstanta men föränderliga närvaron</i>	21
6.2	En intensivvårdsanpassad verksamhet	22
6.2.1	<i>Ett välfungerande interprofessionellt samarbete</i>	22
6.2.2	<i>Anpassade strukturer och rutiner i arbetet</i>	23
7	DISKUSSION	23
7.1	Metoddiskussion	23
7.1.1	<i>Design</i>	23
7.1.2	<i>Urvalsprocessen</i>	24
7.1.3	<i>Datainsamlingsmetoden</i>	25
7.1.4	<i>Analysprocessen</i>	26
7.2	Resultatdiskussion	26
7.3	Etikdiskussion	31
8	SLUTSATS	31
8.1	Förslag på vidare forskning	32
	REFERENSLISTA	33

BILAGA A SÖKMATRIS

BILAGA B ARTIKELMATRIS

BILAGA C INFORMATION/SAMTYCKESBLANKETT ENHETSCHEF

BILAGA D INFORMATION/SAMTYCKESBLANKETT INFORMANTER

BILAGA E INTERVJUGUIDE

BILAGA F ETIKANSÖKAN

1 INLEDNING

Under vår tid som nyexaminerade specialistsjuksköterskor inom intensivvård har vi haft många möten med patienter som vårdas med tung, lätt eller ingen sedering i respirator. Vi har sett många fördelar med att ha lätt eller ingen sedering, dock har det visat sig vara frustrerande eller obehagligt för många patienter. Trots fördelar kan vårdpersonalen uppleva att det tar längre tid att utföra sitt arbete, varje moment skall beskrivas och utföras gemensamt med patienten innan det genomförs. Det vi upplever är att det krävs kunskap och engagemang vid mötet med de patienter som är vakna i respirator. Vi upplever också att verksamheterna inte hunnit anpassa intensivvårdssjuksköterskornas arbetsförhållanden i samma takt som utvecklingen av olika behandlingsformer för patienterna har skett. Det vi vill undersöka i detta examensarbete är vad som kan underlätta för intensivvårdssjuksköterskorna i deras dagliga arbete vid vård av lätt eller icke sederade patienter i respirator.

2 BAKGRUND

I bakgrunden presenteras datainsamlingen till tidigare forskning, styrdokument, riktlinjer och definitioner för intensivvård, respiratorvård, innebörden med lätt eller ingen sedering, kommunikationsunderlättande åtgärder/redskap, tidigare forskning om anhörigas upplevelser av närstående som vårdas i respirator, intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda vakna patienter i respirator och patienters upplevelser av att vårdas med lätt eller ingen sedering i respirator samt vårdvetenskapligt perspektiv.

2.1 Datainsamling

Datainsamlingen till bakgrunden genomfördes med sökningar i Pubmed, det är en databas som är rekommenderad att använda vid omvårdnadsvetenskap. Av bekvämlighetsskäl valdes endast denna som databas och att den är rekommenderad av Polit och Beck (2012) för artikelsökningar inom detta ämne. De sökord som användes var: *icu, intensive care unit, intensive care, icu nurses, intensive care nurse, critical care, ventilator treatment, respirator treatment, mechanical ventilation, ventilation, experience, sedation, less sedation, targeting sedation, memories, communication, patients, economic evaluation, voicelessness* (Polit & Beck, 2012). För att begränsa sökningarna användes sökorden och den booleska termen "AND" i olika kombinationer (Polit & Beck, 2012). Sökordens olika

kombinationer redovisas i Bilaga A sökmatrix med Databas, sökord, avgränsningar, antal träffar, antal dubletter och antal valda artiklar.

De begränsningar som använts i sökningarna av artiklarna var att artiklarna inte fick vara publicerade före år 2008, resterande begränsningar redovisas i bilaga A.

Åldersbegränsningen var för att forskningen skulle vara så aktuell som möjligt. Artiklarna skulle vara på engelska och vara peer reviewed, vilket innebär att de är granskade av forskare som har expertis inom ämnet innan publicering. De skulle följa en IMRAD-struktur vilket innebär att artiklarna skulle ha en introduktion, metod, resultat och diskussionsdel (Polit & Beck, 2012). För att undvika plagiering har källor direkt refererats alternativt citerats där någon annans ideér, tal eller redan skriven text använts. Artiklarna till bakgrunden skulle utgå från ett intensivvårdssjuksköterske- och/eller anhörig perspektiv samt vara granskade av en etisk kommitté. En manuell sökning gjordes också utifrån en av de andra artiklarnas referenslista den redovisas i Bilaga A. Exklusionskriterierna var artiklar som inte var relevanta utifrån bakgrundsperspektiven eller studier som handlade om barn. Artiklarna har granskats genom att läsa titel samt abstract. En artikel som var äldre än år 2008 togs med för att få ett bredare perspektiv över problemområdet. I artikelmatrisen finns en översikt av de utvalda artiklarna se Bilaga B.

2.2 Styrdokument, riktlinjer och definitioner

Nedan beskrivs delar av sjuksköterskans kompetensbeskrivning, intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning och ICN:s etiska kod.

2.2.1 Kompetensbeskrivningar och riktlinjer

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning från Svensk sjuksköterskeförening (2017) står det bland annat att: Samverkan i team ska gå ut på att de olika professionerna ska komplettera varandras kompetenser, främja kontinuitet, synergi och dialog, detta för att nå ett lärande och beslutfattande som leder till en god och säker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening, 2012) fördjupar sig i tre av de sex kärnkompetenserna för en legitimerad sjuksköterska, teori och praktik inom omvårdnad, utbildning, forskning och utveckling samt ledarskap (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Inom omvårdnadens teori och praktik skall en intensivvårdssjuksköterska i en högteknologisk miljö kunna hantera och vårda patienter utifrån sin professionella kunskap inom medicinsk vetenskap och specifik omvårdnad. Genom att bemöta, informera och undervisa patienter och dess anhöriga vid olika uppkomna situationer, stödja och bemöta människor utifrån deras individuella behov, visa ett professionellt och etiskt förhållningssätt gentemot anhöriga och patienter (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Intensivvårdssjuksköterskan skall kunna identifiera, förbereda och hantera problem/behov hos patienten och övervaka hans vitala funktioner och utfärda ordinerade åtgärder såsom undersökningar eller behandlingar även utvärdera olika behandlingars effekter. Utifrån sitt ledarskap skall intensivvårdssjuksköterskan ha förmågan

att leda, utveckla och planera arbetet samt samarbeta med andra samhällsfunktioner och företrädare inom hälso- och sjukvården. intensivvårdssjuksköterskans ledarskap innebär att stödja interprofessionell samverkan på alla nivåer (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Att vara en specialistsjuksköterska inom intensivvård innebär ett kontinuerligt behov av att fördjupa sin kunskap inom omvårdnad, pedagogik, biomedicin, hälsa och ledarskap. Detta genom utbildningar internt och externt, forsknings- och kunskapssökande i kommunikations- och informationsteknologi och engagera sig i kvalitets-, förbättrings- och utvecklingsarbeten (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

I Svensk sjuksköterskeförening (2017) beskrivs ICN:s etiska kod för sjuksköterskor som en sammanfattning av professionens etik. Koden finns för sjuksköterskor att kunna använda som förebild och som hjälpmedel att utveckla god omvårdnad världen över. Där står bland annat om sjuksköterskan och yrkesutövningen, där sjuksköterskan skall ansvara för sin egen och patientens hälsa. Sjuksköterskan ansvarar för att patientens vård fortfarande sker med värdighet och utifrån dennes rättigheter och på ett säkert sätt (Svensk sjuksköterskeförening (2017). Koden innefattar också sjuksköterskan och medarbetaren, där sjuksköterskan skall verka för gott samarbete och skydda personers hälsa när denne är hotad av medarbetare eller andra personer samt vidtar lämpliga åtgärder för att utveckla en etisk medvetenhet och vägleda medarbetare i detta (Svensk sjuksköterskeförening (2017).

2.2.2 Definition av stöd

Stöd kan vara ekonomisk eller moralisk hjälp (SAOL, 2015). Stoltz (2006) beskriver stöd som tillhandahållandet av hjälpinsatser. Dessa kan vara information, utbildning, ekonomiskt, hjälpmedel samt extern service.

2.2.3 Definition av resurs

Resurs är någonting som finns att tillgå för viss verksamhet eller dylikt, kan vara både konkret eller abstrakt. Exempel på detta kan vara ekonomiska tillgångar (SO, 2009).

2.3 Intensivvård

Patienter som har sviktande funktion i ett eller flera vitala organ såsom andning, cirkulation eller medvetande kommer behöva behandlas på en intensivvårdsavdelning där de får största möjliga chans till överlevnad. Intensivvårdsavdelningar är en av de mest resurskrävande verksamheterna på sjukhusen (SIR, 2018; Gullbrandsen & Stubberud, 2009). På intensivvårdsavdelningar arbetar specialistutbildade sjuksköterskor inom intensivvård, läkare, undersköterskor och fysioterapeuter i team. På intensivvårdsavdelningar har utvecklingen inom vården lett till att det är mycket medicinteknisk apparatur som patienten är uppkopplad till och många extremt potenta läkemedel. Denna apparatur kan vara till exempel övervakningsmonitorer, respiratorer och infusionspumpar. Vården präglas av att denna apparatur blinkar och larmar, ständigt närvarande personal, undersökningar och kontroller som genomförs med täta intervaller. Det är en balansgång för

intensivvårdssjuksköterskan att kunna pendla mellan mänsklighet och teknologi i sitt omvårdnadsarbete (SIR, 2018; Gullbrandsen & Stubberud, 2009).

Miljön på en intensivvårdsavdelning upplevs av både anhöriga och patienter som avancerad, högteknologisk, blottande eller integritetskränkande. Denna miljö är något som patienterna inte kan påverka. Det är upp till vårdpersonalen att försöka underlätta och mildra patientens situation samtidigt som man utför de nödvändiga medicinska uppgifterna och omvårdnaden (Gullbrandsen & Stubberud, 2009)

2.3.1 Respiratorvård

En respirator är en maskin som används för att hjälpa till med andningen, under längre eller kortare tid. Vid sviktande lungfunktion ser respiratorn till att syre kommer in i lungorna och att koldioxid kan vädras ut, precis som när man andas själv. En respirator används vanligtvis vid vissa operationer, vid allvarliga sjukdomar eller skador. En respirator kan anpassas helt efter patientens behov, antingen så ger den stöd vid varje andetag, eller så tar den över andningen för att kroppen skall kunna återhämta sig. På respiratorn kan även vilken mängd syrgas som skall ges vid varje andetag ställas in, hur stora andetagen ska vara i volym och hur ofta andetagen skall ges. I samband med respiratorbehandling ges ofta smärtstillande och/eller lugnande för att minska obehag (1177 Vårdguiden, 2017).

2.3.2 Lätt eller ingen sedering

Sedering är en form av läkemedelsbehandling som används som åtgärd för att ha lugnande effekt. Ett läkemedelsframkallat tillstånd som varierar mellan sömnighet till dåsigheit. Från djup sömn till lätt. Det är en målinriktad behandling för att hämma det centrala nervsystemet vid lätt sedering kan personen andas själv och har reflexer, vid djup sedering kommer patienten att förlora förmågan att andas själv och ha ofri luftväg samt bortfall av viktiga reflexer. Sederingen anpassas från fall till fall. (Gullbrandsen & Stubberud, 2009)

Enligt Lachaine & Beauchemin (2012) har det visat sig vara gynnsamt för patienter rent fysiologiskt att vårdas med lätt eller ingen sedering i jämförelse med tung sedering vid respiratorvård. Enligt Lachaine och Beauchemin (2012) och Laerkner, Stroem och Toft (2015) beskrev de att patienter som fick lätt eller ingen sedering hade minskade vårdtider i jämförelse med de som fick tung sedering. Vid lätt sedering klarade sig patienterna snabbare utan respirator tack vare att de kunde bibehålla viss muskelfunktion, även risken för delirium minskade. Även Strøm, Martinussen och Toft (2010), Turunen, Jakob, Ruokonen, Kaukonen, Sarapohja, Apajasalo och Takala, (2015) och Salgado, Favory, Goulart, Brimiouille & Vincents (2011) har i sina studier visat att med lätt eller ingen sedering kan patienterna förflyttas snabbare från intensivvårdsavdelning till vanlig avdelning. Detta medför en större samhällsekonomisk vinst eftersom vårdtiderna förkortas på intensivvårdsavdelningarna och läkemedelskostnaderna minskar. Forskning har även visat att en lättare sederingsnivå gynnar patienterna på längre sikt. Däremot kan en otillräcklig sederingsnivå medföra att patienter blir agiterade som i sin tur kan leda till förlängd vårdtid och/eller att patienten

utvecklar någon form av psykologiska problem efter vårddagen (Strøm et al., 2010; Egerod, Albarran, Ring, & Blackwood, 2013).

2.3.3 Kommunikationsunderlättande åtgärder/redskap

Enligt Larsson & Rubertsson (2016) är det viktigaste för kommunikationen att skapa en lugn miljö och inte stressa då det påverkar patientens förmåga att ta till sig det som sägs. Informationen som ges ska inte vara för omfattande och lätta frågor ska ställas i den mån det är möjligt. Det ska gå att svara med en huvudnickning eller skakning. Andra alternativ är att be patienten blinka eller krama handen för att svara på frågor. Det finns hjälpmedel att tillgå och dessa är exempelvis penna och papper som patienten kan använda genom att texta meddelanden, andra hjälpmedel är pektavla och dator. De kommunikationstekniker som används på en intensivvårdsavdelning enligt Happ (2000) att skriva på papper, teckenspråk i form av hand och ansiktsuttryck. Det vanligaste sättet som observerades enligt studien var mimning av ord, huvudnickningar och gester.

2.4 Tidigare forskning

Beskriver anhörigas upplevelser av närstående som vårdas i respirator, intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda vakna patienter i respirator och patienters upplevelser av att vårdas med lätt eller ingen sedering i respirator.

2.4.1 Anhörigas upplevelser av närstående som vårdas i respirator

Med anhörig avses: ”person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna” (Socialstyrelsen, 2004). Att anhöriga får vara delaktiga på intensivvårdsavdelningen är viktigt för både de anhöriga och patienterna. Det kan ge patienten en känsla av trygghet men också viljestyrka att kämpa. Anhöriga känner ofta till vad patienten har för intressen, vilken musiksmak patienten har och kan även tyda signaler som personalen inte alltid förstår. Anhöriga kan hjälpa vårdpersonalen att förstå patienten bättre (Larsson & Rubertsson, 2016). Anhöriga till patienter ställs inför många svåra situationer och förhållanden som de behöver anpassa sig till. Beroende på hur anhöriga hanterar situationen så kan de vara en resurs för patienten. För vissa anhöriga kan det vara problematiskt att inte få egen tid med patienten. Det gör att de känner sig övervakade och att de har svårt att slappna av när de är med patienten. Anhöriga vill få egen tid med patienten för att prata ostört (Gulbrandsen & Stubberud, 2009).

2.4.2 Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda vakna patienter i respirator

Studier beskriver att intensivvårdssjuksköterskor på intensivvårdsavdelningar föredrar att vårda mer vakna patienter under respiratorbehandling. Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver att de får ut mer tillfredsställelse av omvårdnaden trots att det blir en mer krävande

situation. Detta för att de kan kommunicera med patienten, upprätta en relation och anpassa omvårdnaden efter patienten (Karlsson, Forsberg & Bergbom, 2012b; Laerkner, Egerod & Hansen, 2015; Tingsvik, Bexell, Andersson & Henricsson, 2013;). Laerkner et al. (2015) och Tingsvik et al. (2013) beskriver att det underlättar att patienten är lätt sederad vid moment som exempelvis lägesändring eftersom möjligheten ges att fråga patienten om ställningen är bekväm. Tingsvik et al. (2015) beskriver att intensivvårdssjuksköterskorna måste vara kreativa i samband med omvårdnaden av en intuberad patient som är lätt sederad. Detta för att komma fram till vilket kommunikationssätt som är bäst lämpat för patienten, men också för att kunna avleda patienternas uppmärksamhet från endotrakealtuben. Karlsson et al. (2012b) beskriver i sin studie att när en intuberad patient försökte göra sig förstörd så stod intensivvårdssjuksköterskan nära tills hen förstod vad patienten ville berätta, intensivvårdssjuksköterskan visade intresse för patienten och för den individ den är. Intensivvårdssjuksköterskorna menar att omvårdnaden således blir mer komplex och krävande, men att vinsterna med att patienterna är lätt sederade är större. Laerkner et al. (2015) samt Everingham, Fawcett och Walsh (2013) beskriver att intensivvårdssjuksköterskorna är oroliga när patienterna är lätt sederade för att patienterna själva ska extubera sig, vilket kan leda till katastrofala konsekvenser. Intensivvårdssjuksköterskorna i studierna upplevde att lägre sederingsnivå sätter sig emot deras professionella åtagande eftersom de upplever att det inte är förenligt med god omvårdnad eller deras sätt att se på god omvårdnad. Everingham et al. (2013) beskriver att en ytligt sederad patient är mer krävande vilket ökar den dagliga arbetsbördan och ansträngningen från intensivvårdssjuksköterskorna. Intensivvårdssjuksköterskans profession innebär att lindra och skydda, vilket de upplevde att de inte kunde upprätthålla vid ytlig sedering.

2.4.3 Patienters upplevelser av att vårdas med lätt eller ingen sedering i respirator

Patienternas upplevelser av att vara vakna i respirator framkommer i metaanalysen av Baumgarten & Poulsen (2015) att patienter som är vakna under sin intensivvårdsvistelse och ligger i respirator upplever att de är beroende av vårdpersonalen. Vårdpersonalens närvaro ökar patientens upplevelse av trygghet. Det spelar stor roll om vårdpersonalen engagerar sig och lyssnar på patienten och berättar vad som skall hända. I de fall där de inte engagerar sig och visar sig tillgängliga riskerar de att tappa respekten hos patienten och samtidigt sänker de patientens upplevda värde. Patienterna upplever ofta att de har tappat många funktioner när de är vakna och ligger i respiratorn, att de inte har kontroll, känner sig fast i slangar och utrustning, sårbara och ångestladdade. En annan känsla som de upplevde ofta var törst (Baumgarten & Poulsen, 2015). Enligt Ylikangas (2017) upplever patienterna välbefinnande när de får hela uppmärksamheten från vårdpersonalen. Patienter upplever att miljön består av fyra komponenter, patient, vårdare, teknologi och anhöriga. Den minst viktiga komponenten för patienterna visar sig vara tekniken och den viktigaste är att de får vara i centrum. När patienterna står i fokus hos både vårdarna och de anhöriga skapas en trygghet och atmosfär som skapar lugn. Vid de fall där patienten upplever sig övergiven eller osedd, upplevs miljön som otrygg och icke vårdande. Omgivningen domineras av tekniken som även ses som säkerhet. När tekniken ses som en källa till trygghet upplevs miljön som vårdande. Vid de fall då tekniken inte gör det upplevs det som motsatsen Ylikangas (2017).

Många tycker också att omgivningen är ljudlig och kan kännas obekvämt och skrämmande, att höra andra patienter som ligger på sal och höra om någon dog eller skrek. Patienterna uppskattade tystnad och lugn och ro, det var ofta svårt att somna eller att sova längre stunder på salen, sömnen blev ofta störd av någonting. De tyckte att tiden gick väldigt långsamt när de var vakna på sjukhuset och det som hände upplevdes även överkligt och diffust svårt att komma ihåg eller att förstå vad som hände (Baumgarten & Poulsen, 2015). Att vara kopplad till en respirator var en obehaglig upplevelse för många, de fick ofta en känsla av att inte få tillräckligt med luft. Att få luftvägarna sugna av oerfarna intensivvårdssjuksköterskor var väldigt obehagligt framförallt om de använde kraft och forcerade ner sugslangen. Många upplevde stress, ångest eller panik när de blev lämnade ensamma eftersom de var rädda för att dö eller att någonting skulle sluta fungera. De tyckte också att det var viktigt att få sina anhörigas stöd under vårdtiden, det gjorde att de kände sig mänskliga och att de blev förstådda på ett annat sätt (Baumgarten & Poulsen, 2015).

Att patienterna inte kunde göra sig förstådda när de behandlades med respirator och en tub i halsen eller näsan var en förmåga som de helt plötsligt saknade. Att inte ha någon röst var problematiskt, obekvämt, konstigt och orsakade kommunikationsproblem för många. Patienterna upplevde det ångestfyllt att inte kunna förmedla vad de vill. Patienterna uppskattade när de i stället fick en trakeostomi för att kunna tala genom den (Engström, Nyström, Sundelin & Rattray, 2012; Fink, Makic, Poteet & Oman, 2015; Karlsson, Bergbom & Forsberg, 2012a; Karlsson & Forsberg, 2007; Laerkner, Egerod, Olsen & Hansen, 2017).

Att inte kunna förmedla sig skapade en känsla av hjälplöshet och hopplöshet. Att kortfattat försöka beskriva vad de ville utan att detta skulle missuppfattas var nästintill omöjligt. Att förmedla sig med hjälp av kroppen genom att använda sig av vanliga uttryck i kommunikationen såsom ansiktsmimik, höja på ögonbrynen använda armar eller händer kunde vara svårt för många. Då patienterna var intuberade orsakade ofta tejpen som håller tuben på plats att ansiktet blev svårtolkat eller livlöst och att de därmed inte kunde få fram det de ville (Engström, Nyström, Sundelin & Rattray, 2012; Guttormson, Bremer & Jones, 2015; Karlsson, Lindahl & Bergbom, 2012c). Mediciner och utmattning gjorde det också svårare att kommunicera, vissa deltagare i studien av Engström, et al. (2012) beskrev att det var svårt att formulera/uttrycka det som de ville fast att de hade det klart i tanken. Trots diverse hjälpmedel och försök var det frustrerande när budskapet inte kom fram.

Patienterna upplevde att de tappade hoppet om de inte kunde acceptera eller bemästra situationen och detta blev extremt ångestladdat när de inte kunde kommunicera eller göra sig förstådda under omvårdnaden. Många upplevde att det var svårt att kommunicera eftersom de satt fast i sladdar, slangar och respiratorn. De var rädda att någonting skulle lossna, att inte kunna vrida på huvudet av rädsla för att respiratorn skulle sluta ge dem luft. Några upplevde att de var tvungna att ligga stilla med armarna för att inte orsaka problem för personalen, eller i oro för att dö om utrustningen skulle sluta fungera. Detta begränsade deras möjlighet till kommunikation ytterligare eftersom de inte kunde eller vågade använda sig av kroppsspråk (Guttormson et al., 2015, Karlsson & Forsberg, 2007; Karlsson et al., 2012c).

Kommunikationen mellan patienterna och intensivvårdssjuksköterskorna är en ständig

pendling mellan förståelse och frustration. Att inte kunna förmedla sig eller sina behov väckte känslor som ångest och hjälplöshet. Att försöka få kontakt genom att vifta med armarna eller göra gester för att kalla på vårdpersonalen och sedan få svaret jag kommer strax, ledde till oro eller obehag eftersom de upplevde att dom inte togs på allvar. När kommunikationen misslyckades trots upprepade försök kände sig patienterna ledsna, arga, dumma, frustrerade, ångestfyllda, hjälplösa, fångade och förödmjukade. Patienterna upplevde det som att de behövde ha mycket tålamod och kraft för att orka kommunicera eftersom det ofta blev missförstånd som ledde till frustration (Guttormson et al., 2015; Holm & Dreyer, 2017; Karlsson et al., 2012c). I början när patienterna vaknar upp och är intuberade förstår de inte att rösten är borta tillfälligt utan tror att detta kan vara för evigt. Patienterna försökte då mima och fortsätta prata vilket ledde till att kommunikationen blev svårare. Många patienter upplevde kommunikationen som mindre viktig i början av vårdtiden, då var det ofta smärta och annat som var deras största problem. Allteftersom de blev friskare och piggare fick kommunikationen däremot större betydelse och blev ett viktigt redskap (Engström et al., 2012; Holm & Dreyer, 2017). I efterhand upplevdes kommunikationen under vårdtiden som ett av de mindre problemen (Karlsson & Forsberg, 2007). Det var viktigt och betydde mycket för patienterna om den ansvariga intensivvårdssjuksköterskan engagerade sig och hade tålamod under tiden som patienten försökte kommunicera. Att visa intresse och att ta sig tiden att låta patienten uttrycka sig och att få det bekräftat. Då intensivvårdssjuksköterskan var engagerad och tog sig tid upplevde patienterna att det blev lättare för dem att kommunicera och bli delaktiga. När personalen var återkommande och började förstå patienten och dennes signaler och tecken underlättade det kommunikationen sinsemellan. Patienterna uppskattade och kände sig avslappnade när personalen pratade om privata saker med varandra, att de fick vara delaktiga i dessa samtal och höra allt gjorde att de kunde tänka på annat. Något som patienterna också uppskattade var när vårdpersonalen kommunicerade och visade att de var där genom att beröra patienten. När vårdpersonalen gav bra och ordentlig information så patienterna förstod vad som hände så hjälpte det patienterna att finna sig i och hantera sin situation, sjukdom, behandling och själva vistelsen på intensivvårdsavdelningen (Guttormson et al., 2015; Karlsson et al., 2012a; Karlsson & Forsberg, 2007; Laerkner et al., 2017). En del patienter byggde upp en trygghet enbart baserat på att det var professionella personer som lyssnade (Karlsson et al., 2012c). Patienter lärde sig att anpassa sin kommunikation genom att använda ord som personalen lätt kunde förstå och som var ofta återkommande. De lärde sig även att utforma vissa ord med munnen eller använda sig av speciella tecken som var lätta att tolka för intensivvårdssjuksköterskorna. Patienterna kände lättnad när de lyckades använda en talventil eller skriva ett meddelande och därmed uttrycka sina tankar. Det hände att patienter hittade på egna hjälpmedel, en patient började använda sin saturationsklämma och knacka på sängkanten för att påkalla uppmärksamhet när denne var törstig. Vissa kommunicerade via skrivplattor, alfabetstavlor, dator, penna och papper eller genom att peka på bilder. Hjälpmedlen uppfattades både som underlättande men också väldigt energikrävande och ibland helt omöjliga eftersom patienterna var trötta eller saknade kontroll över kroppen. Några uttryckte att de hade velat kunna teckenspråk när de inte kunde tala. Även att texta på en alfabetstavla och berätta olika ord tog så mycket energi att de efter ett tag var så fokuserade på hur de skulle skriva att de glömde vad de ville säga från början (Engström et al.,

2012; Fink et al., 2015; Guttormson et al., 2015; Karlsson et al., 2012c och Laerkner et al., 2017).

Patienterna upplevde att inte ha någon röst gjorde relationen mellan patient och intensivvårdssjuksköterska ojämn och att makten låg hos intensivvårdssjuksköterskan när de skulle kommunicera och vad de skulle kommunicera om. Detta resulterade i känslor att vara ovärdig eller förödmjukad (Holm & Dreyer, 2017). Intensivvårdssjuksköterskor som inte engagerade sig i patienten eller försökte förstå kommunikationen, stressade patienterna att försöka vara kortfattade eller så försökte intensivvårdssjuksköterskorna avsluta meningarna åt patienterna innan de hade formulerat sig färdigt. Det gav en känsla av att vara negligerad och att de inte fick någon bekräftelse. Många patienter upplevde att de oengagerade intensivvårdssjuksköterskorna var mer intresserade av att kommunicera med varandra än med patienten. När de pratade med varandra under omvårdnaden om andra saker ledde det till att patienten kände sig obekvämt. Många upplevde att de oengagerade intensivvårdssjuksköterskorna också var svårare att få kontakt med eller att påkalla uppmärksamhet hos. De försökte att få kontakt genom handrörelser eller annat men utan effekt. Att vara vaken samtidigt som de låg i respiratorn medförde att de upplevde besvär och behov men saknade förmågan eller redskapen att uttrycka detta eller att kunna påkalla intensivvårdssjuksköterskans uppmärksamhet. När de tillsammans med intensivvårdssjuksköterskan hade kommit överens om någonting och detta sedan inte följdes gav det känslor av att inte tas på allvar. Då personalen inte gav tillräcklig eller anpassad information så klarade patienterna inte av att hantera sin situation gällande sin sjukdom eller behandling (Guttormson et al., 2015; Karlsson et al., 2012a; Karlsson & Forsberg, 2007; Laerkner et al., 2017). Det visade sig också att om intensivvårdssjuksköterskorna inte ville så kom de inte till patienten trots att denne försökte påkalla uppmärksamhet. Patienterna försökte få ögonkontakt eller få kontakt genom att banka i sidostöden på sängen eller att knacka med fingret där saturationsmätaren satt men det ledde ofta till att intensivvårdssjuksköterskan kontrollerade att allt såg bra ut på maskinerna men tog inte kontakt med patienten. Vissa upplevde att det inte fungerade att kommunicera med vårdpersonalen alls eftersom de ändå bara hörde vad de ville höra, (Guttormson et al., 2015; Karlsson et al., 2012a; Karlsson & Forsberg, 2007; Laerkner et al., 2017).

Många patienter uttryckte att det var väldigt svårt att använda hjälpmedel såsom pektavla eftersom de inte hade kontroll över sin egen kropp. Vissa upplevde att de förväntades kunna formulera sig med endast ett ord, vilket de själva ansåg vara omöjligt eftersom det är svårt att uttrycka viljor och behov med enbart ett ord. Patienterna upplevde kommunikationen särskilt besvärlig när de skulle utföra sina basala behov. Patienterna tyckte det blev obehagligt och konstigt att försöka sitta och peka på en pektavla eller använda hjälpmedel under tiden som de var på toaletten. En annan sak som kom fram var att patienterna upplevde att intensivvårdssjuksköterskorna inte ansträngde sig för att hitta på eller visa andra alternativa kommunikationsvägar. (Engstöm et al., 2012; Fink et al., 2015; Guttormson et al., 2015; Karlsson et al., 2012c; Laerkner et al., 2017). Ringklockan kunde vara ett bra och ett dåligt kommunikationshjälpmedel beroende på hur det användes, deltagare beskrev att ringklockan begränsade dem genom att den enda delen de kunde röra satte de ringklockan vid vilket ledde till att de inte vågade röra sig eftersom det då skulle ringa (Karlsson & Forsberg, 2007). De patienter som hade större rörelseförmåga upplevde ofta i samband med

att de använde hjälpmedel att vårdpersonalen försökte avsluta ord eller meningar innan de var klara vilket ledde till att det ofta blev fel och missförstånd och ett irritationsmoment (Holm & Dreyer, 2017).

Att kommunicera med anhöriga är viktigt för patienterna. Enligt dessa studier (Engström et al., 2012; Karlsson et al., 2012a; Karlsson et al., 2012c; Laerkner et al., 2017) gillar patienterna att få besök av sina vänner och anhöriga. Vissa upplevde att det var svårt att ha en bra kommunikation eftersom de inte kunde ha något privat samtal på grund av att vårdpersonalen hela tiden var närvarande. Andra patienter upplevde att det var skönt att bara ha någon nära men att det var svårt att uttrycka vad dom ville eftersom de inte kunde prata. Enligt vissa patienter upplevde de att deras vänner eller anhöriga förstod dem bättre än vårdpersonalen eftersom de kände varandra sedan tidigare och därför kunde tyda deras signaler (Engström et al., 2012; Karlsson et al., 2012a; Karlsson et al., 2012c; Laerkner et al., 2017).

2.5 Vårdvetenskapligt perspektiv

I det följande redovisas de vårdteoretiska utgångspunkter som ligger till grund för det vårdvetenskapliga perspektivet i detta examensarbete. De vårdteoretiska utgångspunkterna baseras på begreppen Personcentrerad vård, Vårdande samtal och kommunikation, Aktivt lyssnande samt Värdighet. De valda vårdteoretiska begreppen i examensarbetet har valts för att tillsammans stärka det vårdvetenskapliga perspektivet genom att det är sjuksköterskans ansvar att ge god omvårdnad till patienten och omvårdnaden består av flera delar som tillsammans bildar en helhet, de begrepp som har valts är några av dem. Vad intensivvårdssjuksköterskorna själva upplever att de behöver i form av stöd och eller resurser i samband med vården av den valda patientgruppen kan grundas utifrån det valda vårdteoretiska perspektivet.

2.5.1 Personcentrerad vård

Den personcentrerade vården utgår från att vårdaren ser patienten och helhetsbilden av hens kunskap, erfarenheter, medverkan och perspektiv före det enskilda sjukdomstillståndet (Ekman et al., 2011). Den personcentrerade vården gör att patienten känner sig tryggare genom att både patient och vårdare ser varandra som medmänniskor med en typ av partnerskap. Vårdaren är expert på vård, omsorg och rehabilitering medan patienten är detsamma på sin kropp och kan ge vårdaren sin berättelse, då kan de tillsammans skapa rimliga mål och strategier för att nå dit. Patienten är en medmänniska med specifika egenskaper och behov. Det som en person har som förmågor eller egenskaper kan negligeras eller uppmärksammas, förminsas eller förstärkas av andra. Det krävs och förutsätts av vårdpersonalen att de kan skapa ett ömsesidigt förtroende mellan patienten och sjukvården, och att trots medvetenheten om att den relation som finns är asymmetrisk, även kunna balansera den makten och det ansvaret gentemot patientens integritet och autonomi (Ekman et al., 2011; Göteborgs centrum för personcentrerad vård 2017).

2.5.2 Vårdande samtal och kommunikation

Fredriksson (2003) beskriver att en av de viktigaste komponenterna i mötet med patienten för att kunna lindra lidande är närvaro. Enligt Fredriksson (2003) finns det två typer av att vara närvarande: Med-varo, och där-varo. Med-varo beskrivs som att vårdaren ger av sitt närvarande till patienten och gör sig lättillgänglig, vid de fall då patienten accepterar vårdarens närvarande får denne dela patientens lidande, detta ger en djupare relation tillsammans. Där-varo beskrivs inte bara som en fysiskt närvarande karaktär utan även genom förståelse och relation, att finnas där för någon. Det kommer ursprungligen från vårdarens intresse och kan ses som ett svar på patientens behov. Fredriksson (1999) beskriver med-varo som ett interpersonellt och intersubjektivt sätt att vara och skiljer sig från där-varo eftersom det kan liknas vid att ge en gåva och få en inbjudan och inte om frågor eller svar. Vårdaren ger av sig själv genom tillgänglighet och att vara närvarande med hela sig själv och vid de fall gåvan tas emot av patienten bjuds vårdaren in att uppleva, lyssna, röra, känna och dela deras sårbarhet. När de har skapat denna gemenskap kan vårdaren skapa ett förtroende och dela smärtan och/eller sårbarheten. Detta trots att patienten upplever obehag eller otrygghet för att påbörja ett gemensamt arbete att bearbeta detta. Fredriksson (2003) beskriver också att när båda parterna är närvarande med sitt hela jag, ökar chansen och möjligheten att skapa ett möte utan roller eller inlärd repliker. När patienterna skapar en gemenskap med vårdaren och kan slappna av och släppa fasaden som skyddar deras lidande skapas en starkare vårdrelation, för att vården ska bli total krävs mer. Det är inte bara den fysiska närvaron att vara där i rummet utan det krävs också förmågan att använda beröring vid de tillfällen då kommunikation eller ett lyssnande inte är tillräckligt. Den fysiska kontakten gör även att vårdaren blir berörd, vilket resulterar i att de inte endast handlar utifrån sin profession eller roll utan även som person.

Fredriksson (2017) beskriver att kommunikationen är ett tredelat koncept som består av relationell kommunikation, narrativ kommunikation och etisk kommunikation. Den relationella kommunikationen innebär den gemenskap som skapas i kontakten mellan vårdare och patient, det kännetecknas via närvaro, beröring och lyssnande. Den narrativa kommunikationen är den kommunikation som genom patientens berättelse binder samman patientens historia, nutid och framtid och som tillsammans bildar patientens lidandeberättelse som beskriver världen som patienten lever i för vårdaren. Den etiska kommunikationen är där kommunikationen blir synlig genom den ömsesidiga respekten mellan människor, även genom att där respekten för en själv utvecklas till omsorg och respekt för andra.

2.5.3 Aktivt lyssnande

Kommunikation beskrivs av Eide & Eide (2009) som ett aktivt lyssnande. Ett aktivt lyssnande består av två kategorier, Icke-verbal och verbal. Den icke-verbala kategorin innefattar ögonkontakt, kroppshållning, handrörelser, ansiktsuttryck, tystnad och beröring. De icke verbala koderna är bundna till vilken kultur man kommer från och är mer anpassade till sin specifika samhällsgrupp. Olika tecken eller signaler kan betyda en sak här medan det kan betyda något helt annat i en annan kultur. Det är lätt att kommunikationen feltolkas om man inte är insatt i den kultur som personen kommer från. Det är viktigt att förstå detta och

lära sig om de vanligaste kulturerna i sin omgivning för att förstå och kunna kommunicera på ett välfungerande sätt. I det verbala ingår det att ställa frågor, spegla känslor, uppmuntra, parafasera, använda pauser och att sammanfatta. Det verbala innehållet i kommunikationen påverkas olika beroende på från vilken kultur som personen kommer från. Vissa kulturer är väldigt verbala medan andra uttrycker det mindre verbalt men istället med starka gester eller genom sättet som ett ord uttrycks på.

2.5.4 Världighet

Världigheten är inte bara viktig att tydliggöra och respektera vid en svår situation utan även i den vardagliga vården. Världighet kan skadas eller förloras i samband med sjukdom eller på grund av handlingar av omgivande människor samt till följd av att en människas identitet kan förändras i samband med sjukdom (Nordenfelt, 2003).

Begreppet världighet består av fyra olika delar enligt Nordenfelt (2010).

Den första delen innebär att människovärdet är likvärdigt med människans världighet. Alla människor tilldelas detta i samband med födseln, fria och med samma rättigheter och lika värde. Försedda med samvete och förnuft och därmed bör agera gentemot andra utifrån denna gemenskap (Nordenfelt, 2010).

Den andra delen inbegriper den enskilda individens status och positionen i samhället, vilket ger en person så kallad meritvärldighet. Ens livssituation spelar stor roll i denna världighetsform, och kan förändras snabbt. Den finns i olika grader och former. Beroende på en persons sociala status, formella position eller visdom, varierar en persons meritvärldighet. Äldre personer som har mer visdom, kunskap och som har dragit nytta av tidigare lärdomar anses inneha visdomens meriterande världighet. Därav behandlas många äldre människor med stor omtanke och respekt i vissa kulturer därför att visdom är kunskap om livet (Nordenfelt, 2010).

Den tredje delen innebär en persons världighet utifrån hens agerande, attityder och handlingar mot sig själv och andra. Det är alltså resultatet av en persons moraliska gärningar som ger den moraliska resningens världighet. Det ses som en dygd och är knutet till personens psykiska och fysiska integritet som kan kopplas till individens självbild och personens identitet (Nordenfelt, 2010).

Den fjärde delen innefattar en persons identitet. Det är någonting som formas utifrån en persons känsla av självförtroende, självkänsla, självaktning. När en annan person agerar med respektlöshet och får oss att uppleva oss förnedrade eller förödmjukade påverkar det också vår upplevda världighet när vår identitet blir kränkt eller hotad (Nordenfelt, 2010).

Det finns ett nära samband mellan en persons världighet, integritet samt autonomi. Människans integritet och autonomi är fundamentala beståndsdelar av hens identitet. Människovärdet består till stor del av hens integritet och autonomi. Identitetsvärldigheten består av hur mycket autonomi och integritet en person har, detta varierar från person till person. Det är upp till en persons egen förmåga till självskattning av självförtroende, självkänsla och självaktning. Något som kan bidra till ökad världighet eller upplevd världighet

är livskvalitet. De människor som är lyckliga och trygga har då också hög skattning i självförtroende, självkänsla och självaktning vilket innebär att deras identitetsvärdighet höjs och behålls. Lycka kan alltså också vara ett uttryck för en persons värdighet (Nordenfelt, 2010).

2.6 Problemformulering

Tidigare forskning visar att det finns fysiologiska fördelar med att använda sig av lätt eller ingen sedering istället för djup sedering. Det blir en större samhällsekonomisk vinst när patienterna är lätt sederade. Med hjälp av en lättare sedering möjliggörs en snabbare urträning från respiratorn samt minskar risken för utveckling av delirium. Ytterligare fördelar är kortare vårdtider och minskade läkemedelskostnader. Tidigare forskning visar att intensivvårdssjuksköterskan föredrar att vårda patienter med lätt eller ingen sedering i respirator eftersom det underlättar kommunikationen med patienterna. Patienters upplevelser av att vårdas med lätt eller ingen sedering innebär ett större beroende av vårdpersonalen och deras engagemang, där det är viktigt att intensivvårdssjuksköterskan kan använda sig av aktivt lyssnande. Både intensivvårdssjuksköterskor och patienter upplever svårigheter i samband med lätt eller ingen sedering där huvudansvaret ligger på intensivvårdssjuksköterskan att underlätta för patienten. Det är viktigt att intensivvårdssjuksköterskan kan ge en personcentrerad vård för att bibehålla eller förstärka värdigheten hos patienterna. En ökad förståelse för intensivvårdssjuksköterskans arbete med patienter under tiden som de vårdas med lätt eller ingen sedering i respirator kan bidra till att synliggöra intensivvårdssjuksköterskors behov av stöd och resurser i vården, för att vårda denna patientgrupp.

3 SYFTE

Syftet med examensarbetet var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors behov av stöd och resurser vid vård av patienter i respirator med lätt eller ingen sedering.

4 METOD

Nedan beskrivs design, urval och datainsamling samt genomförande och dataanalys.

4.1 Design

Examensarbetets syfte var att undersöka intensivvårdssjuksköterskans upplevda behov av stöd och resurser därför valdes en kvalitativ design med en induktiv ansats i form av en intervjustudie med semistrukturerade intervjuer. Kvalitativ design valdes för att examensarbetet hade som syfte att studera erfarenheter, och genom att lyssna på intensivvårdssjuksköterskornas egna berättelser/erfarenheter så kunde det ge en insikt i deras arbetssituation, känslor, tankar och åsikter (Kvale & Brinkmann, 2014).

4.2 Urval och datainsamling

Urvalet av deltagare till examensarbetet skedde strategiskt med ett ändamålsenligt urval utifrån de bestämda urvalskriterierna, detta för att kunna svara på examensarbetets syfte. Detta tillvägagångssätt i förberedelsen av rekryteringen är i linje med de principer som Danielson (2017) beskriver. Innan examensarbetet startades bestämdes att intervjuerna skulle genomföras på två olika intensivvårdsavdelningar på två olika sjukhus inom Stockholms läns landsting.

Ett informationsbrev skickades ut till respektive verksamhetschef se Bilaga C. Detta innehöll information om syftet och bakgrunden till varför detta examensarbete skulle genomföras och ett samtycke till att datainsamlingen kunde ske på verksamheten. Efter att samtycket erhållits ombads cheferna att vidarebefordra informationsbrevet Bilaga D till de anställda via e-post som uppfyllde inklusionskriterierna. De ombads också att lägga fram ett exemplar i personalrummet samt informera om examensarbetet på avdelningens personalmöte. Detta för att undersöka om det fanns något intresse att medverka i examensarbetet och därefter återkomma. En av examensarbetsförfattarna medverkade på ett uppstartsmöte för att informera om studien.

De som var intresserade av att delta i studien kontaktade examensarbetsförfattarna direkt eller genom sin enhetschef som vidarebefordrade intresset. Informationsbrevet och samtyckesblanketten, se Bilaga D, skickades ut via e-post innan intervjun genomfördes för att uppfylla informationskravet, för att ge deltagarna tid att läsa igenom.

Deltagare valdes utifrån dessa urvalskriterier.

- Specialistsjuksköterska inom intensivvård.
- Yrkeserfarenhet som specialistsjuksköterska minst 1 år.
- Erfarenhet av omvårdnad av patienter som vårdats med lätt eller ingen sedering i respirator.

Exklusionskriterierna var de som inte uppfyllde inklusionskriterierna.

Kristensson (2014) beskriver att urvalsprinciperna ska noggrant undersökas så att deltagarna har de erfarenheterna som eftersöks för examensarbetet. Detta stödjer de urvalsprinciper som legat till grund för detta examensarbete. Genom att urvalsprinciperna uppfylldes så blev deltagarna mer specifika för detta examensarbete.

Innan intervjuerna startade fick deltagarna läsa igenom Bilaga D och ställa frågor, sedan informerades deltagarna om att det skulle ske en ljudinspelning och att de hade rätt att avböja och avbryta när som helst under hela intervjun. Då samtyckesblanketten var underskriven kunde intervjun starta.

Intervjuerna genomfördes med en intervjuguide som stöd för att svara på syftet se Bilaga E. Intervjuguiden utformades först genom diskussion och fyra stycken provintervjuer med feedback på frågorna, därefter utformades den slutgiltiga intervjuguiden.

Intervjuerna genomfördes på intensivvårdssjuksköterskornas arbetsplats och den reserverade tiden per intervju var mellan 30 och 40 minuter detta för att verksamheten inte skulle behöva avvara resurser för länge och för intensivvårdssjuksköterskornas bekvämlighet. Polit och Beck (2017) beskriver vikten av att deltagarna måste känna sig trygga i miljön där intervjun genomförs, för att skapa en så tillitsfull relation till intervjuaren som möjligt och få fram bästa möjliga svar. Examensarbetsförfattarna fördelade intervjuerna och gjorde fyra intervjuer var, så att det endast var en deltagare och en intervjuare i rummet under tillfällena, samt att deltagarna fick välja sittplats inför intervjun för att inte känna sig instängda.

Informationsbrevet se bilaga C, Som skickades ut till verksamhetscheferna på de två olika verksamheterna resulterade i åtta semistrukturerade intervjuer, fem stycken från en verksamhet och tre stycken från den andra verksamheten. För att underlätta sammanställning av intervjuerna gjordes en ljudinspelning under intervjuerna (Danielson, 2017).

Examensarbetsförfattarna transkriberade sedan varandras intervjuer för att båda skulle ta del av alla intervjuer. Ljudupptagningen transkriberades i text och kodades. Persondata och kodnyckel (1,2,3 osv.) för identifiering av intervjumaterial skrevs ut på dokument och förvarades inlåst på separata platser, identifieringsnycklarna hos ena examensarbetsförfattaren och transkriberingarna hos den andra examensarbetsförfattaren. Intervjumaterialet skrevs ut i pappersformat, samt sparades på ett USB-minne som förvarades i ytterligare ett låst skåp, hos ena examensarbetsförfattaren där ingen obehörig kunde ta del av materialet. De som hade tillgång till det obearbetade datamaterialet var examensarbetsförfattarna. Handledaren, opponenterna, seminarieledaren samt examinatorn kunde få tillgång till det inför eventuell granskning. Personuppgifter och kodnycklarna kommer att förstöras när examensarbetet blivit godkänt.

Tabell 1: Deltagarna (n=8) bestod enbart av kvinnor, med en yrkeserfarenhet på mellan 2–37 år (medel=15 år) och hade arbetat 2–37 år (medel=13 år) på den aktuella arbetsplatsen. En kortare information om informanterna presenteras nedan.

Deltagare (n=8)	År som IVA SSK (m=15)	År på arbetsplatsen (m=13)	Intervjulängd (minuter)
Nr 1	7	7	15:30
Nr 2	37	37	20:40
Nr 3	9	9	10:40
Nr 4	31	31	27:00
Nr 5	12	10	24:20
Nr 6	16	9	22:00
Nr 7	2	2	23:40
Nr 8	8	7	27:40

4.3 Genomförande och dataanalys

Till examensarbetet valdes en induktiv ansats vilket betyder att examensarbetets författare studerar ett fenomen som i detta fall är intensivvårdssjuksköterskornas erfarenheter och beskriver detta på ett korrekt sätt (Polit & Beck, 2017). Analysmetoden som valdes för detta kvalitativa examensarbete var manifest innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004) för att sträva efter att analysen blir så nära originaldata som möjligt. Textens manifesta budskap är det som studerats, vilket innebar att fokus lades på det uppenbara och synliga i texten. Examensarbetets författare har inte haft som mål att tolka materialet vilket görs vid en latent innehållsanalys. Analysen inleddes med att den ljudinspelade intervjun transkriberades genom att noggrant lyssna igenom och skriva ut det som berättades ordagrant. Suckar, pauser eller annan icke-verbal kommunikation valdes att utelämnas. Allt det transkriberade materialet lästes igenom av båda examensarbetets författare ett flertal gånger, detta för att få en tydligare bild av det som skulle analyseras. Sedan så gjorde examensarbetets författare bearbetningen av intervjuerna tillsammans. Därefter så bearbetades intervjuerna på så sätt att innehållet delades upp i meningsbärande enheter. En meningsbärande enhet är stycken eller meningar som innehåller aspekter som går att relatera till varandra genom innehåll och sammanhang. De meningsbärande enheterna kondenserades vilket innebär att de kortas ner fast att kärnan bibehålls. Sedan skapades koder ur de kondenserade meningsbärande enheterna. Koder tillåter att behandla data på nya och annorlunda tillvägagångsätt. Fenomen och händelser tilldelades koder. Med hjälp av koderna så sorterades materialet efter deras likheter och resulterade i grupperingar som gjorde att det skapades först subkategorier som sedan ledde till att kategorier bildades

(Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 2: Exempel på meningsbärande enheter, kondenserad text och kodning subkategori och kategori.

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
En lätt sederad patient tar mera tid, tar också mera tid då jag som sköterska vill vara hos den patienten då den är mera vaken. Inte lika lätt att lämna den, är de mera vakna så har de ett behov av att uttrycka sig.	Lätt sederade patienter tar mer tid. kräver mer närvaro. större behov av att uttrycka sig	Tidskrävande	Individanpassning av omvårdnaden	Helhetsperspektiv inom omvårdnaden
Asså jag tycker vi är ganska bra bemannade. Vi är ju en syrra en uska på två patienter. Du kanske inte kan ha två lättsederade. Det kan ju bli svårt. Men en borde man klara av att ha.	Bra bemanning ifall man har en tungt och en lättsederad patient, inte ha två lättsederade det blir för svårt	Bemannning utifrån patienternas sederingsdjup	En flexibel parvård	Helhetsperspektiv inom omvårdnaden
Det är frustrerande när man som personal inte förstår vad de menar och det kan ta tid från annat.	Frustrerande som personal vid oförståelse, tidskrävande	Bristande kommunikation	Anpassning av alternativ och kompletterande kommunikation	Helhetsperspektiv inom omvårdnaden
Sedan krävs det ju också att du har en undersköterska som förstår det här och inte helt plötsligt bara går därifrån. Vilket ibland kan hända ” ja men han sover” nåå inte riktigt.	Krävs en undersköterska som förstår situationen	Insatt undersköterska	Ett välfungerande interprofessionellt samarbete	En intensivvårdsanpassad verksamhet

5 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Genomförandet av detta examensarbete har genomgått en etisk bedömning på Mälardalens högskola, då empirisk inhämtning av data har skett, detta för att ingen skada mot deltagare ska ske. Författarna har varit noggranna med att följa de fyra allmänna etiska kraven i genomförandet av alla de olika momenten i examensarbetet. Informationskravet innebär att forskaren ska informera deltagaren om forskningens syfte. Samtyckeskravet innebär att deltagarna i en undersökning har rätt till att bestämma själva över sin medverkan i projektet. Konfidentialitetskravet innebär att alla deltagares uppgifter i en undersökning ska ges största möjliga konfidentialitet och att deras personuppgifter ska förvaras på ett sätt så att ingen obehörig får tillgång till dem. Nyttjandekravet innebär att man inte använder insamlade uppgifter eller data om enskilda personer i forskningen, det som används ska endast användas för forskningens syfte, eller vara granskade av en etisk kommitté (CODEX, 2018).

De eventuella riskerna med att delta i examensarbetet skulle kunna vara att synliggöra ett problemområde som inte tidigare har uppmärksamats, skapa nya frågeställningar hos deltagarna i examensarbetet eller skapa nya arbetsmiljöfrågor. Det skulle också kunna vara en etisk obalans mellan intervjuare och deltagare i form av ålderskillnad, könsskillnad,

erfarenhetsskillnad eller för maktobalans mellan att vara intervjuare och deltagare. Ytterligare en risk är att synliggöra ett problem inom enheten som skulle kunna påverka enheten, personer eller ledningen negativt.

De eventuella fördelarna med att delta i examensarbetet skulle kunna vara att synliggöra problemområdet, hitta lösningar, likheter i vården och att synliggöra behoven. Detta skulle kunna ge sjuksköterskorna fördjupad förståelse kring vården av denna patientgrupp och därigenom utveckla och effektivisera vården. Det skulle också kunna bidra med nya alternativ på hur vården kan förbättras. Bidra med en ökad kunskap med hänsyn till sjuksköterskornas upplevelser av hur patienterna upplever det. Det skulle också kunna ge underlag för förbättringskunskap inom området och därigenom stimulera till reflektion kring angelägna frågor och behov som öppnar för att nya riktlinjer bildas inom detta område.

För att försöka undvika de eventuella riskerna och optimera för fördelarna har följande åtgärder vidtagits. Att ha en välformulerad intervjuguide, att intervjuerna genomförs på en trygg plats för informanten och på dennes villkor, där deltagaren kan välja att avbryta närhelst denne vill utan förklaring. Att intervjuerna har skett med en intervjuare och en deltagare per tillfälle för att minska risken för maktobalans. Att undvika samtala angående erfarenhetsskillnader innan och under intervjun. Att medvetet veta om de eventuella könsskillnader som är. Att poängtera varför detta examensarbete är viktigt och att deras deltagande innebär värdefull information. Att poängtera att examensarbetet syftar till att hjälpa enheterna och dess medarbetare.

Inledningsvis så informerades deltagarna på förhand om syftet med examensarbetet och att deltagandet var frivilligt, att de närhelst de ville kunde avbryta sitt deltagande utan förklaring. I informationsbrevet beskrevs det att materialet som samlas in ska behandlas på ett korrekt sätt och konfidentiellt. I samband med att intervjun började inhämtades informerat samtycke skriftligt, detta dokument var det som skickades till alla deltagare flera dagar innan intervjun skulle genomföras. I detta beskrevs det bland annat att deltagande var frivilligt och att deltagaren kunde avbryta när som helst under intervjun utan förklaring. Intervjuerna transkriberades och sedan kodades. Kodnyckeln sparades på ett sådant sätt att personuppgifter och rådata inte kunnat kopplas ihop. Deltagarna blev informerade om att detta material kan komma att publiceras i databasen DiVA via Mälardalens högskola. Inget material som samlades in till detta examensarbete kommer att lämnas ut till tredje part och kommer inte att användas till något annat syfte än till detta examensarbete. Efter examensarbetets godkännande kommer personuppgifterna att förstöras.

6 RESULTAT

Under analysen av data från de transkriberade intervjuerna framkom två kategorier Helhetsperspektiv inom omvårdnaden och En intensivvårdsanpassad verksamhet. Det

framkom fyra underkategorier till första kategorin och två underkategorier till den andra kategorin.

6.1 Helhetsperspektiv inom omvårdnaden

Nedan beskrivs Individanpassning av omvårdnaden, Anpassning av alternativ och kompletterande kommunikation, betydelsen av En flexibel parvård samt vikten av Den konstanta men föränderliga närvaron.

6.1.1 Individanpassning av omvårdnaden

För att kunna utföra en individanpassad omvårdnad av de lätt eller icke sederade patienterna i respirator framkom i intervjuerna att det kräver mer tid och resurser av intensivvårdssjuksköterskorna. Det handlar om ett samspel, patienterna har ett behov av att uttrycka sig och att få information inför undersökningar och omvårdnadsarbete.

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att vid lätt eller ingen sedering fanns det en stor oro för ofrivillig extubation, eftersom många av dessa patienter är förvirrade och under påverkan av läkemedel. Det är inte många som har erfarenhet av ofrivillig extubation, fast oron finns hela tiden där och det kräver att intensivvårdssjuksköterskan anpassar omvårdnaden utifrån patientens aktuella situation. De beskrev att det inte gick att lämna patienterna ensamma i samma utsträckning, i de situationerna är undersköterskorna ett stort stöd. En intensivvårdssjuksköterska beskrev det såhär:

Där har vi ju undersköterskan som då, som mer kan vara vid sängen och i så fall. Om du har en lätt sederad och orolig patient, Den undersköterskan är ju en resurs (Intervju nr 7).

Det framkommer att intensivvårdssjuksköterskorna uppskattar att ha en anpassad arbetsmiljö i närheten av patienterna. Ett exempel är resurser som att ha en dator bredvid patienten samt stolar som är bekväma och lätta att hålla rena. Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver att inte alltid kunna vara närvarande hos patienterna skapar en oro och detta leder ofta till att de behöver ha en personal som kan sitta nära patienten. Detta innebär ett stort behov av personaltäthet för att kunna klara av det ökade omvårdnadsbehovet som uppstår hos de patienter som har lätt eller ingen sedering. Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver en stor personalbrist på avdelningarna och att det råder över hela Sverige, detta resulterar i att deras arbetssituation blir påverkad och det visar sig i form av oro och stress, och ökar risken för att olyckor skall uppstå. På grund av att personaltätheten är låg, är det svårt att ta sig tiden att utföra andra vårdåtgärder såsom att blanda läkemedel. Detta görs istället inne på sal för att samtidigt kunna ha uppsikt över patienten och det skapar en känsla av att inte hinna med. Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver att det är deras ansvar att inte endotrakealtub tub, trakeostomin, drän eller andra saker åker ut vilket kan innebära livsfara för patienten detta orsakar oro när de måste lämna över ansvaret till någon annan. Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver att när det finns tid är det hanterbart med de lätt sederade patienterna de blir stressade när de inte kan finnas där, känner att det alltid finns

annat som behöver göras vilket i sin tur skapar en känsla av otillräcklighet. En intensivvårdssjuksköterska beskrev det såhär:

Det blir stressigt när man känner att man har något annat man behöver göra hela tiden. Jag upplever själv att jag blir stressad och att vården inte blir riktigt optimal då. (Intervju nr 4)

Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver att en stor del av arbetsbelastningen påverkas beroende på patienternas psykiska tillstånd. Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver att kontinuitet underlättar arbetet då de lärt sig känna patienten, de känner sig tryggare och har lärt sig känna igen patientens signaler. De beskriver att det är viktigt att se över det nya läget med lätt sederade patienter och att arbetet anpassas efter den nya arbetssituationen och skapa nya rutiner eftersom bristen på intensivvårdssjuksköterskor är så stor.

6.1.2 Anpassning av alternativ och kompletterande kommunikation

Det framkom under intervjuerna att kommunikationen är väldigt svår och krävande i vården av lätt sederade patienter. Patienterna är ofta påverkade av läkemedel och skall sedan försöka uttrycka sig via mimik, talventil, att skriva på tavla, pektavla, paddor, telefon, ögonrörelser eller kroppsspråk vilket blir svårtytt eftersom motoriken är påverkad. Patienterna har ofta ett stort kommunikationsbehov vilket gör patienterna frustrerade när de inte blir förstådda vilket skapar en högre arbetsbelastning för intensivvårdssjuksköterskorna.

Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver även dem en frustration i att inte förstå, men också att det tar mycket tid från annat arbete. Intensivvårdssjuksköterskorna anser ibland att anhöriga kan vara ett stöd i kommunikationen med patienterna då de känner dem sedan tidigare. Intensivvårdssjuksköterskorna uttrycker att kommunikationsredskapen ofta är utformade för patienter som är vakna och trakeostomerade. Ibland upplever sjuksköterskorna att kommunikationen är så svår att det får vänta tills senare då tiden inte finns, så här beskriver en sjuksköterska situationen:

Jag förstår att du tycker det är jobbigt men vi får försöka lite senare för att man inte kan tillgodogöra dem just då. Man säger till dem inte bryskt men ändå åt dem ”Vi får vänta med det där, för jag förstår inte vad du menar”.
(Intervju nr 2)

Intensivvårdssjuksköterskorna ansåg att behovet av resurser bör tillmötesgå utifrån patienternas kommunikationsbehov. Intensivvårdssjuksköterskorna önskar också att någon utforskar vilka kommunikationsredskap som finns på marknaden eftersom de tycker det bör finnas fler att tillgå som stöd för att kunna kommunicera med de som är lätt sederade. Däremot tycker många att det fungerar bra med kommunikationsredskapen när patienterna är vakna och osederade. Det finns kommunikationsredskap till de som inte talar samma språk, vilket även det har varierande resultat utifrån patientens motoriska förmåga. Intensivvårdssjuksköterskorna uttrycker ett behov av kommunikationsstöd i samband med vården av dessa patienter.

6.1.3 En flexibel parvård

Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver att när de har två patienter finns behovet av att kunna övervaka båda samtidigt, det är ett riskmoment när detta inte går och skapar en oro och stress. En intensivvårdssjuksköterska upplevde inte att de var underbemannade, utan att det alltid gick att få hjälp från kollegor. Några intensivvårdssjuksköterskor beskrev att fördelningen en undersköterska och en intensivvårdssjuksköterska på två patienter går bra när inte båda patienterna är lätt sederade. De beskrev att det är bra att ha en undersköterska per patient när de är oroliga. Intensivvårdssjuksköterskorna tycker det blir besvärligt att ha två patienter då de tar tid från varandra, om den ena försämras i sin situation drabbas den andra indirekt och sjuksköterskan känner sig otillräcklig. En intensivvårdssjuksköterska beskrev ett behov som skulle kunna förbättra arbetssituationen vid vård av patienter med lätt eller ingen sedering:

Att ha en patient och så att vi arbetar i parvård så att det alltid kan finnas någon nära, jag tror att det skulle underlätta enormt. För det är oftast stressande med att man har den här andra patienten som man inte riktigt hinner med på det sättet man skulle önska också... så att antingen mindre patienter per syster, eller mer systrar och undersköterskor per patient... jaa. (intervju nr 4)

Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver att de ibland måste öka sederingen på den ena patienten för att kunna ta hand om den andra, vilket de inte tycker skall behöva göras. De beskriver att de hinner med det som måste göras däremot så känner de inte att de har haft tiden att göra sitt bästa.

6.1.4 Den konstanta men föränderliga närvaron

Någonting som intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte behov av var mer bemanning, Då den här patientgruppen kräver mera tid av personalen. Det handlar om allt från information till omvårdnadsbehov. När patienterna är vakna och har behovet av kontakt och närvaro visar intervjuerna att även intensivvårdssjuksköterskorna har ett behov att vilja vara närvarande. De uttryckte att behovet är extra resurser i form av personal, då det inte verkar bli så, önskar de lösningar på annat sätt i form av rutinändringar och att försöka utnyttja de resurser som finns på bästa sätt. Vid hög arbetsbelastning och när resurserna inte möter behovet så saknar intensivvårdssjuksköterskorna någon som kan stanna hos patienten. Patienterna är i en utsatt situation och kan bli rädda om de blir lämnade ensamma, samtidigt som de hallucinerar och har mardrömmar, detta leder till att intensivvårdssjuksköterskorna upplever ett behov av extra resurser för att kunna gå ifrån patienten så att inte patienten råkar skada sig själv. En intensivvårdssjuksköterska beskriver:

Skulle du vara ensam med en lätt sederad patient så tror jag att den skulle kunna ta hela din dag. Det är viktigt att det finns någon som kan ta över så man inte blir fast hos den patienten (intervju nr 2).

De beskriver att det är viktigt med resurser, att det finns många på avdelningen, även att kunna tillkalla extra vid behov. Att ronda inne hos patienten ser många som en extra resurs

då man kan diskutera tillsammans och läkarna får en bild av omvårdnadsbehovet. Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver också att patienter som är lätt sederade kräver mycket personal trots att de har varit på avdelningen länge. Enligt intensivvårdssjuksköterskorna kan även anhöriga vara en bra resurs i vården av patienten, de vet vad de tycker om, och kan lugna patienten vid orostillstånd.

6.2 En intensivvårdsanpassad verksamhet

Nedan beskrivs vikten av Ett välfungerande interprofessionellt samarbete och att ha Anpassade strukturer och rutiner i arbetet på en intensivvårdsavdelning.

6.2.1 Ett välfungerande interprofessionellt samarbete

En viktig resurs som framkommer från intensivvårdssjuksköterskorna är den personalen de arbetar med, framförallt undersköterskan. Undersköterskan är den som får ta den patientnära rollen när intensivvårdssjuksköterskan måste lämna salen för att utföra uppgifter utanför salen. Detta innebär ett stort ansvar och kompetenskrav hos undersköterskan. En intensivvårdssjuksköterska beskrev en situation så här:

Sedan krävs det ju också att du har en undersköterska som förstår det här och inte helt plötsligt bara går därifrån. Vilket ibland kan hända ” ja men han sover” nää inte riktigt. (Intervju nr 1)

Det innebär en medvetenhet och kunskap både kring kommunikation, omvårdnad, att agera vid oväntade och väntade situationer samt att alla är införstådda i patientens situation. Ifall att undersköterskan inte uppfyller de kompetenskrav som behövs uttrycker intensivvårdssjuksköterskorna att de blir en belastning och ett orosmoment. Det är också viktigt med samarbetet över professionerna på intensivvårdsavdelningarna enligt intensivvårdssjuksköterskorna och att prioriteringar sker tillsammans.

Intensivvårdssjuksköterskorna uppskattar stödet av fysioterapeuterna som hjälper till med att mobilisera patienter. Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver att deras egen kompetens inte enbart kommer från vidareutbildningen till intensivvårdssjuksköterska, det beror på vilken typ av praktik man har haft och vilka patientgrupper. Intensivvårdssjuksköterskorna uttrycker att mycket av den kompetens de har tillskaffat sig har kommit efter att de börjat arbeta. En intensivvårdssjuksköterska beskrev sin kompetensutveckling så här:

Ja alltså jag är fruktansvärt dålig på att läsa på egen hand, alltså så att de som jag kan har jag ju lärt mig från min arbetsplats och genom de vidareutbildningar vi får från våra chefer. Så att jag har ju inte läst på egen hand någonting direkt, utan det är ju erfarenhet och det som man fått internt alltså på studiedagar eller så. (Intervju nr 6)

Internutbildningar beskriver intensivvårdssjuksköterskorna är ett bra stöd som de uppskattar för fortsatt utveckling.

6.2.2 Anpassade strukturer och rutiner i arbetet

Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver att ett stöd i arbetet är uppstartsmöten och avstämningar, angående situationen på avdelningen och hur dagens planer ser ut. Att få reda på, kunna planera och prioritera dagens göromål tillsammans med resterande arbetsgrupper och gemensamt vara involverade i patientens dag. De uttrycker också att det är viktigt att få information om övriga patienter på avdelningen inför eventuella händelser som kan uppstå och för att kunna placera extra personal där behovet är som störst.

Intensivvårdssjuksköterskorna tycker att det är viktigt att tillsammans med övriga teamet bestämma vad som skall göras under dagen och prioritera under rondan. En intensivvårdssjuksköterska beskrev hur en rond kan gå till:

Att på en rond så tycker läkaren att vi ska mobilisera, rundodla och så ska vi göra en CT-undersökning. Att vi där kanske måste prioritera allting, vi kanske inte hinner allting så måste vi där prioritera vad som är viktigast osv. de kan ju önska väldigt mycket det kan man ju själv också (Intervju nr 8).

De uttrycker också ett behov av stöd att bli bättre på att kunna agera utifrån de resurser som finns att tillgå och anpassa sig efter dessa. Vissa av intensivvårdssjuksköterskorna tycker det är svårt att delegera uppgifter till andra då de vill göra allt för patienten, de menar att det är en beteendekulturell sak som de behöver stöd i att förändra.

7 DISKUSSION

Nedan kommer diskussion redovisas utifrån metod, resultat samt etik.

7.1 Metoddiskussion

Under metoddiskussionen kommer design, urvalsprocessen, datainsamlingsmetoden och analysprocessen diskuteras. I diskussionen har vi även vävt in de fyra kvalitativa innehållsanalys begreppen tillförlitlighet, giltighet, delaktighet och överförbarhet som kan stödja en studies trovärdighet (Henricson, 2017). Examensarbetets fördelning mellan båda examensarbetsförfattarna har delats lika. Intervjuer och transkriberingar har gjorts lika många vardera men inte tillsammans. Utöver intervjuerna och transkriberingarna har resterande delar av examensarbetet skapats tillsammans.

7.1.1 Design

Detta examensarbete hade en kvalitativ ansats därför att det var intensivvårdssjuksköterskornas egna upplevelser och åsikter som eftersöktes. Vid en

kvantitativ metod riskerar dessa att utebli eftersom det avser att mäta, observera, se samband och jämföra olika variabler (Polit & Beck, 2017). Då en deduktiv ansats utgår från hypoteser och teorier, ansågs istället en induktiv ansats vara mer lämplig då den utgår från deltagarnas levda erfarenheter (Polit & Beck, 2017). Den valda ansatsen kan förhoppningsvis stärka överförbarheten hos examensarbetet och ge en pålitlighet. En deduktiv ansats hade kunnat öka trovärdigheten på så sätt att en redan prövad teorimodell använts för att sedan prövas på nytt (Polit & Beck, 2017).

7.1.2 Urvalsprocessen

Urvalet till examensarbetet skedde strategiskt med ett ändamålsenligt urval utifrån syftet så som Danielson (2017) beskriver. Valet av att ha med två olika sjukhus inom Stockholms läns landsting var för att utöka resultatets spridning och öka överförbarheten och trovärdigheten. Responsen på utskicken av informationsbrev var snabb och verksamhetscheferna vidarebefordrade information angående examensarbetet till de som arbetade vilket tyder på att de var positivt inställda till att examensarbetet skulle genomföras. Det som kan tänkas påverka överförbarheten och trovärdigheten är att på detta tillvägagångsätt är examensarbetets författare omedvetna om hur stort bortfallet av deltagare blev (Polit & Beck, 2017). Kontakt etablerades med de deltagande i examensarbetet både genom verksamhetscheferna och genom deltagarna själva. Då viss kontakt med de intervjuade skedde genom verksamhetscheferna kan frivilligheten i deltagandet ifrågasättas, men samtidigt stärker det att ämnet är aktuellt och intressant för verksamheterna. De informanter som hörde av sig själva för att delta, stärker också att ämnet är aktuellt och intressant. För att säkerställa att de var där på egen fri vilja diskuterades därför förutsättningarna inför varje intervju, samt att de fick ett dokument med beskrivning av examensarbetet och där de skrev under att de ville delta.

Målet innan examensarbetet genomfördes var att få fem deltagande från varje sjukhus, dock blev det endast tre deltagande från ena sjukhuset på grund av att verksamheten inte kunde frigöra personal. Målet var att genomföra tio intervjuer och det slutgiltiga blev åtta stycken trots det så tror inte examensarbetsförfattarna att de två uteblivna intervjuerna hade skilt sig nämnvärt från de övriga åtta. Eftersom det framkom flera likheter i innehållet utifrån de intervjuer som gjordes, vore det därför osannolikt att resultatet skulle påverkas avsevärt. En ytterligare faktor till att inte utföra fler intervjuer var den angivna tidsramen i kursen.

Eftersom examensarbetet har ett specialiserat forum och bara kan appliceras på intensivvårdsavdelningar då det handlar om patienter med respiratorbehandling, valdes urvalet att de som skulle delta i examensarbetet skulle ha erfarenheter att dela med sig. Urvalet var utformat för att kunna införskaffa så mycket information som möjligt om deras upplevelser. Alla deltagande höll sig inom ramen för urvalskriterierna, urvalskriterierna var utformade för att stärka examensarbetets tillförlitlighet och överförbarhet (Polit & Beck, 2017).

Sju av de åtta deltagarna hade varit verksamma inom yrket i minst 6 år. Deltagaren som varit verksam minst antal år hade arbetat i två år, deltagaren som hade varit verksam längst antal år hade arbetat i 37 år. Detta ger en stor erfarenhetsspridning till resultatet där det sträcker

sig från de som har arbetat kort till väldigt lång tid. Något som kan ha påverkat resultat är att det endast var kvinnliga deltagare. Detta gör urvalet till en homogengrupp vilket enligt Henricsson (2017) kan bidra till en sämre överförbarhet av examensarbetets resultat och trovärdighet. Tack vare spridningen av erfarenheter bland deltagarna, stärks trovärdigheten och överförbarheten av examensarbetet.

7.1.3 Datainsamlingsmetoden

Fördelen med denna datainsamlingsmetod är att vi samlar olika intensivvårdssjuksköterskors upplevda erfarenheter från två olika arbetsplatser för att få olika perspektiv på intensivvårdssjuksköterskors upplevda behov och stöd. Detta var en ny metod för oss att använda men passade bra för att få svar på examensarbetes syfte. Hade examensarbetet istället använt enkäter som metod för datainsamlingsmetod så hade det troligtvis lett till ett större bortfall av erfarenheter och mindre uttömmande svar, vilket skulle kunnat påverka giltigheten i resultatet. Skulle någon fråga i enkäten vara otydlig finns det ingen möjlighet att förklara eller förtydliga den för informanterna, därmed hade risken för ett missvisande resultat ökat. Tack vare valet av metod kunde följdfrågor ställas och det blev mer målande svar och resultatet fick en högre tillförlitlighet och giltighet (Polit & Beck, 2017).

Inför första intervjutillfället så genomfördes två pilotintervjuer med intensivvårdssjuksköterskor som inte hade någon anknytning till de verksamheter som inkluderades i examensarbetet. Detta var en framgångsfaktor för det fick oss att formulera om frågorna för att få så mycket information som möjligt och vi fick ett perspektiv på hur tiden under själva intervjun skulle fördelas, och hur vi skulle utforma vår semistrukturerade intervjuguide. Pilotintervjuerna ökade tillförlitligheten och trovärdigheten i examensarbetet (Polit & Beck, 2017). Intervjuguiden var ett bra verktyg för att hålla struktur genom hela intervjun.

Platsen för intervjuerna blev på respektive verksamhet, Detta var positivt i den bemärkelsen att det var smidigt för informanterna då det kunde hållas i samband med att ett arbetspass skulle börja, sluta eller ske under arbetstid. Nackdelen med att intervjuerna skedde i anslutning med arbetet var att det kunde öka stressen hos informanterna och kan ha varit en bidragande faktor till att intervjuerna blev tidsmässigt kortare än planerat. Exempelvis genom att vilja åka hem, börja arbeta, eller återgå till arbetet. Detta kan även ha påverkat resultatet i form av att svaren också blev kortare på frågorna. Det är därför möjligt att det genererats längre intervjuer om de skulle varit förlagda på annan plats och inte i anknytning till arbetet som Polit och Beck (2017) beskriver att intervjuerna bör ske där deltagarna känner en trygghet.

En annan stressökande faktor som uppmärksammades var när diktafonen låg synligt på bordet så ökade stressnivån hos informanterna. Det hade varit bättre att låta diktafonen vara mindre synlig under själva intervjun. För att underlätta själva intervjun försökte vi optimera förutsättningarna för att öka känslan av trygghet hos informanterna. Det var något som uppfattades som positivt, ingen deltagare verkade besvärad av sin placering i rummet.

7.1.4 Analysprocessen

Den analysmetod som valdes för denna kvalitativa innehållsanalys beskrivs i Graneheim och Lundman (2004). Den insamlade datan transkriberades genom att inte transkribera den intervju som examensarbetsförfattarna själv deltagit i, detta för att få en förståelse för allt material. För att minimera innehållsförlusten i transkriberingarna lästes de genom individuellt, inför analysprocessen. De meningsbärande enheterna som svarade mot syftet plockades ut individuellt genom att båda läste samma intervju och därefter diskuterades materialet. Detta tillförde att materialet gick igenom noggrant och att olika meningsbärande enheter upptäcktes vilket gjorde att analysen av texten på detta vis kompletterades och minimerade risken för att missa väsentligt innehåll. Detta ökar bekräftelsebarheten enligt Polit och Beck (2017). Det väsentligaste i varje mening kondenserades ner för att behålla kärnan i texten. Därefter genomfördes analysen gemensamt. Kodningen innebar att kärnan kunde beskrivas utifrån den utplockade texten med ett ord för att få ett sammanhang, därefter placerades de med liknande koder i en övergripande kategori, innehållet skapade sedan subkategorier inom kategorin, från dessa kategorier skapades sedan huvudkategorier Graneheim och Lundman (2004). Hela analysen gjordes textnära för att öka överförbarhet och trovärdighet detta minimerade också förförståelsen (Graneheim & Lundman, 2004).

Enligt Graneheim Hällgren & Lundman (2009) är förförståelse den kunskap, de fördomar och de erfarenheter som författarna har inom ämnet innan studien påbörjas. Att minimera sin förförståelse är att försöka vara så textnära som möjligt och inte använda egna tolkningar eller referenser till det beskrivna fenomenet. Detta är en viktig del att kunna tygla för att inte resultatet skall påverkas av författarnas förförståelse och därmed skilja sig från det riktiga resultatet. En förförståelse kan aldrig helt tas bort från en författare å andra sidan skall medvetenhet finnas om den (Graneheim Hällgren & Lundman 2009). Den förförståelse som examensarbetsförfattarna innehar är erfarenheter från intensivvården av denna patientgrupp, då båda är verksamma inom denna specialitet. Erfarenheten är dock begränsad på grund av den korta verksamma tiden. Det finns även annan förförståelse inom vården, då båda har arbetat inom yrket under en längre tid. Det har hjälpt att vara två som skriver examensarbetet då båda tillsammans kan hjälpa till att hålla sig till syftet och att uppmärksamma varandras förförståelse. Detta för att förförståelsen inte skall påverka examensarbetet på ett negativt sätt

Då examensarbetet utförts med en kvalitativ ansats och endast har ett fåtal deltagare är resultatet svårt att generalisera på en större population eftersom resultatet baseras på enskilda individers upplevelser. Det är en orsak till att det kan vara svårt att återskapa en kvalitativ studie på samma sätt och få samma resultat. Eventuellt kan resultatet till viss del överföras till liknande grupper och kontexter (Danielsson, 2017). Enligt Graneheim och Lundman (2004) avgör läsaren huruvida studiens resultat är överförbart.

7.2 Resultatdiskussion

Resultatet kommer att diskuteras i samma ordning som det presenterades i resultatavsnittet.

Resultatet visade att när intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det fanns tid var det hanterbart att ta hand om de lätt sederade patienterna. Intensivvårdssjuksköterskorna blev stressade när de inte kunde finnas där, kände att det alltid fanns annat som behövde göras vilket i sin tur skapade en känsla av otillräcklighet. Enligt intensivvårdssjuksköterskornas kompetensbeskrivning skall intensivvårdssjuksköterskan kunna vårda och hantera patienter samt bemöta, informera och stödja utifrån deras individuella behov på ett professionellt sätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

I resultatet framkom att intensivvårdssjuksköterskorna uppskattade en anpassad arbetsmiljö i närheten av patienterna. Ett exempel var resurser som att ha en dator bredvid patienten och stolar som var bekväma och lätta att hålla rena. Vilket kunde förbättra tillvaron både för intensivvårdssjuksköterskorna och patienterna. Detta stärks av den tidigare forskningen Ylikangas (2017) som beskriver att patienterna upplever välbefinnande när de får hela uppmärksamheten från vårdpersonalen. Det beskrivs i metaanalysen av Baumgarten och Poulsen (2015) att vårdpersonalens närvaro ökar patientens upplevelse av trygghet. Det spelar stor roll om vårdpersonalen engagerar sig och lyssnar på patienten och berättar vad som skall hända. I de fall där de inte engagerar sig och visar sig tillgängliga riskerade de att tappa respekten hos patienten och samtidigt sänker de patientens upplevda egenvärde (Baumgarten & Poulsen, 2015). Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att en stor del av arbetsbelastningen påverkades beroende på patienternas psykiska tillstånd. Detta stärks av den tidigare forskningen av Everingham et al. (2013) som beskriver att en ytligt sederad patient är mer krävande vilket ökar den dagliga arbetsbördan och ansträngningen. Det är viktigt att den relationella kommunikationen får chansen att skapas som Fredriksson (2017) beskriver genom att intensivvårdssjuksköterskan har tid att vara närvarande, beröra och lyssna på patienten. Det framkommer i metaanalysen av Baumgarten och Poulsen (2015) att patienter som är vakna under sin intensivvårdsvistelse och ligger i respirator upplever att de är beroende av vårdpersonalen. I resultatet framkom det att på grund av att personaltätheten var låg hade intensivvårdssjuksköterskorna svårt att ta sig tid att utföra andra vårdåtgärder såsom att blanda läkemedel. Detta gjordes istället inne på sal för att samtidigt kunna ha uppsikt över patienten och det skapade en känsla hos intensivvårdssjuksköterskan att inte hinna med. Vilket ICN:s etiska kod beskriver att sjuksköterskorna ansvarar för att yrkesutövningen ska ske på ett säkert sätt och ansvarar för patientens och sin egen hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). En egen reflektion är att det kan vara svårt att tillgodose.

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att kontinuitet underlättade arbetet då de lärt känna patienten, de kände sig tryggare och kände igen patientens signaler. Det framkom i resultatet att intensivvårdssjuksköterskor önskade att behovet av resurser bör tillmötesgå utifrån patienternas kommunikationsbehov. Det skulle enligt Nordenfelts (2010) teori vara bra för att stärka patientens identitet. Resultatet visade att det fanns risk för att identiteten kränktes när intensivvårdssjuksköterskorna kände en frustration över att inte förstå patienterna, samtidigt som de blev stressade över att det tog lång tid från annat arbete. Patienter beskrev i tidigare forskning att intensivvårdssjuksköterskor som inte engagerade sig i patienten eller inte försökte förstå kommunikationen, stressade patienterna att försöka vara kortfattade eller avsluta meningarna åt patienterna (Guttormson et al., 2015; Karlsson et al., 2012a). I resultatet framkom att intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte att

kommunikationsredskapen var utformade för patienter som var vakna, osederade och hade trakeostomi. Det framkom i resultatet och i den tidigare forskningen att patienter uttryckte att det var svårt att använda hjälpmedel såsom pektavla eftersom de inte hade kontroll över sin egen kropp, patienterna från tidigare forskning upplevde att intensivvårdssjuksköterskorna inte ansträngde sig för att hitta på eller visa andra alternativa kommunikationsvägar (Engstöm et al., 2012; Fink et al., 2015; Guttormson et al., 2015; Karlsson et al., 2012c; Laerkner et al., 2017).

I resultatet framkom att intensivvårdssjuksköterskorna så som i den tidigare forskningen även fann att de får mer tillfredsställelse av omvårdnaden vid lätt sederade patienter trots att det blir en mer krävande situation. Detta för att de kan kommunicera med patienten, upprätta en relation och anpassa omvårdnaden efter patienten (Karlsson et al., 2012b; Laerkner et al., 2015; Tingsvik et al., 2013). Det framkom i resultatet att det var viktigt att ha tid för patienten, vilket är en del i att kunna ge en god personcentrerad vård (Göteborgs centrum för personcentrerad vård 2017; Ekman et al., 2011). I resultatet framkom att sjuksköterskorna ibland upplevde att kommunikationen var så svår att den fick vänta tills senare då de inte hann med sina övriga arbetsuppgifter. Det beskrivs också i den tidigare forskningen att patienternas försök att få kontakt genom att vifta med armarna eller göra gester för att kalla på vårdpersonalen och sedan få svaret ”jag kommer strax”, ledde till oro eller obehag. Patienterna upplevde att de behövde ha mycket tålamod och kraft för att orka kommunicera eftersom det ofta blev missförstånd som ledde till frustration (Guttormson et al., 2015; Holm & Dreyer, 2017; Karlsson et al., 2012c).

Det framkom också att intensivvårdssjuksköterskorna tyckte att anhöriga kunde vara ett stort stöd i kommunikationen med patienterna då de kände dem sedan tidigare. Det visar även den tidigare forskningen att patienterna tyckte att det var viktigt att få sina anhörigas stöd under vårdtiden, det gjorde att de kände sig mänskliga och att de blev förstådda på ett annat sätt (Baumgarten & Poulsen, 2015). I tidigare forskningen framkom att patienterna upplevde att deras vänner eller anhöriga förstod dem bättre än vårdpersonalen (Engström et al., 2012; Karlsson et al., 2012c; Laerkner et al., 2017; Karlsson et al., 2012a). Vilket också framkom i resultatet att intensivvårdssjuksköterskorna tyckte att anhöriga var en bra resurs i vården av patienten, de visste vad de tyckte om, och kunde lugna patienten vid orostillstånd. Detta stärks av Eide & Eides (2009) beskrivning av kommunikationens olika delar som kan tolkas olika beroende på vilken kultur eller samhällsgrupp man kommer från och att det är lätt att kommunikationen feltolkas om man inte är insatt i den kultur som personen kommer ifrån.

Det som framkom i resultatet var en önskan att arbeta i parvård, en sjuksköterska och en undersköterska per patient så att det alltid kunde finnas någon nära.

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att när de hade flera patienter fanns behovet av att kunna övervaka båda samtidigt. Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att de ibland var tvungna att öka sederingen på den ena patienten för att kunna ta hand om den andra. I intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning beskrivs att intensivvårdssjuksköterskan skall kunna förbereda, hantera och identifiera problem/behov hos patienten vid både åtgärder och behandlingar (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). I resultatet framkom det att detta kunde bli svårt att uppfylla vid dessa situationer.

Intensivvårdssjuksköterskorna tyckte att det blev besvärligt att ha två patienter då de tog tid

från varandra, om den ena försämrades i sin situation drabbades den andra indirekt och sjuksköterskan kände sig otillräcklig. En egen reflektion är att en bra resurs vid lätt sederade patienter är en undersköterska per patient.

Intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte ett behov av extra resurser i form av personal då personaltätheten var ett stort behov för att klara av den nya arbetssituationen och det ökade omvårdnadsbehovet som uppstod hos de patienter som hade lätt eller ingen seder. Vilket även beskrivs i den tidigare forskningen att det är viktigt att intensivvårdssjuksköterskan kan ta sig tiden att visa intresse och att låta patienten uttrycka sig och att bekräfta dem. Guttormson et al. 2015; Karlsson et al., (2012a); Karlsson och Forsberg, (2007) och Laerkner et al., (2017) beskriver att då intensivvårdssjuksköterskan kan vara engagerad och ta sig tid så upplever patienterna att det blir lättare för dem att kommunicera och vara delaktiga. När personalen är återkommande och börja förstå patienten och dennes signaler och tecken underlättar det kommunikationen sinsemellan. Patienterna uppskattar att vårdpersonalen kommunicerar och visar att de är där genom att beröra patienten. När vårdpersonalen ger bra och ordentlig information så patienterna förstår vad som händer så hjälper det patienterna att finna sig i och hantera sin situation, sjukdom, behandling och själva vistelsen på intensivvårdsavdelningen (Guttormson et al., 2015; Karlsson et al., 2012a; Karlsson & Forsberg, 2007; Laerkner et al., 2017).

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev också att patienterna som var lätt sederade krävde mycket personal trots att de hade varit på avdelningen länge. Fredriksson (1999) beskriver att det är viktigt att vårdaren ger av sig själv genom tillgänglighet och att vara närvarande.

I den tidigare forskningen beskriver patienterna att vara kopplad till en respirator som en obehaglig upplevelse (Baumgarten & Poulsen, 2015). Resultatet visade att vid hög arbetsbelastning och när resurserna inte mötte behovet så saknade intensivvårdssjuksköterskorna någon som kunde vara hos patienten. Detta är något som kan påverka patienternas upplevda värdighet vilket inte bara är viktigt att ta hänsyn till och respektera vid en svår situation utan även i den vardagliga vården (Nordenfelt, 2003). Närvaron förklarar Fredriksson (2003) är en av de viktigaste komponenterna i mötet med patienten för att kunna lindra lidandet. Det kommer ursprungligen från vårdarens intresse och kan ses som ett svar på patientens behov. Resultatet visade att denna närvaron kunde vara svår att tillgodose på grund av tidsbristen hos intensivvårdssjuksköterskorna.

Intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte ett behov av stöd i att bli bättre på att kunna agera utifrån de resurser som fanns att tillgå och att anpassa sig efter dessa. Enligt intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning så ska de ha förmågan att kunna leda, planera och utveckla sitt arbete (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Vissa av intensivvårdssjuksköterskorna tyckte att det är svårt att delegera uppgifter till andra då de ville göra allt för patienten, de menade att det var en beteendekulturell sak som de behövde stöd i att förändra.

I resultatet framkom det att undersköterskorna var en stor resurs.

Intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte att undersköterskorna blev en belastning och var ett orosmoment om de inte uppfyllde de kompetenskrav som krävdes på avdelningen. Vilket är ett viktigt område enligt ICN:s etiska kod från svensk sjuksköterskeförening (2012) där

beskrivs vikten av att sjuksköterskan skall vara riskmedveten och skydda patienters hälsa när denna är hotad eller utsatt för medarbetare och kunna vidta lämpliga åtgärder (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att deras egen kompetens inte enbart kom från vidareutbildningen till intensivvårdssjuksköterska, det berodde på vilken typ av praktik de hade haft och vilka patientgrupper. Intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte att mycket av den kompetens som de hade till skaffat sig hade kommit efter att de börjat arbeta. Det framkom i resultatet att sjuksköterskor upplevde internutbildningar som ett stort stöd i deras fortsatta kompetensutveckling och det är något som är beskrivet i intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening, 2012) att kontinuerligt genom utbildningar internt och externt förbättra sin kunskap, resultatet visar på att det kunnat vara en bra resurs tyckte sjuksköterskorna om avdelningarna kunde bidra med.

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att ett bra stöd i arbetet var uppstartsmöten och avstämningar, angående situationen på avdelningen och hur dagens planer såg ut. De uttryckte också att det var viktigt att få information om övriga patienter på avdelningen inför eventuella händelser som kan uppstå och för att kunna placera extra personal där behovet var som störst. I resultatet framkom det också att intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att det var viktigt med resurser, att det fanns många på avdelningen för att kunna tillkalla extra personal vid behov. I den tidigare forskning beskrivs det att när patienter tillsammans med intensivvårdssjuksköterskan har en överenskommelse och detta sedan inte följs ger det känslan av att inte tas på allvar. Då intensivvårdssjuksköterskan inte gav tillräcklig eller anpassad information så klarade patienterna inte av att hantera sin situation gällande sin sjukdom eller behandling (Guttormson et al., 2015; Karlsson et al., 2012a; Karlsson & Forsberg, 2007; Laerkner et al., 2017). En egen reflektion är att detta bör kunna undvikas med hjälp av att ronda inne hos patienten vilket också visade sig i resultatet vara något som många intensivvårdssjuksköterskor uppskattade, att läkarna fick en verklig bild av situationen och såg det som en bra resurs i arbetet. Att tillsammans ronda inne hos patienten samtidigt som läkarna fick en uppfattning av omvårdnadsbehovet. Vilket också skulle kunna stärka patienternas värdighet att tas på allvar och bli delaktiga i sin egen vård enligt Nordenfelt (2010). I resultatet beskrevs också behovet av att se över det nya läget med lätt sederade patienter och att arbetet borde anpassas efter den nya arbetssituationen och skapa nya rutiner för att kunna hantera denna patientgrupp eftersom bristen på intensivvårdssjuksköterskor var så stor så borde även detta ses över. Den tidigare forskningen visar på att en lättare sederingsnivå gynnar patienterna på sikt som i sin tur leder till kortare vårdtid (Strøm et al., 2010; Egerod et al., 2013). Även Lachaine och Beauchemin (2012), Strøm et al. (2010), Turunen et al. (2015) och Salgado et al. (2011) har i sina studier visat att med lätt eller ingen sedering kan patienterna förflyttas snabbare från intensivvårdsavdelning till vanlig avdelning. Detta medför en större samhällsekonomisk vinst eftersom vårdtiderna förkortas på intensivvårdsavdelningarna och läkemedelskostnaderna minskar. I resultatet framkom det att samarbetet över professionerna var viktigt för intensivvårdssjuksköterskorna och att prioriteringar gjordes tillsammans. Vilket beskrivs i sjuksköterskans kompetensbeskrivning att samarbetet mellan professionerna är viktigt för att tillsammans skapa en god och säker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

7.3 Etikdiskussion

Innan examensarbetet påbörjades så skickades en etikansökan in till Mälardalens högskola för att få en oberoende etisk granskning. Denna finns som Bilaga F i detta examensarbete. för att skydda alla parter så har kontaktuppgifter lyfts bort ur dokumentet.

För att uppfylla de fyra etiska allmänna kraven har vi utgått från informationskravet, och samtyckeskravet. I samband med att samtycke inhämtades både från verksamheterna och informanterna kontrollerades att informationen var tydligt förankrad hos deltagarna angående examensarbetet och dess syfte, innan intervjuerna genomfördes.

Konfidentialitetskravet är uppfyllt genom att data som samlats in har förvarats säkert och lösenordskyddat under hela arbetets gång samt oidentifierbart för utomstående.

Nyttjandekravet är även det uppfyllt genom att uppgifterna endast är använt för forskningens syfte och har genomgått en oberoende etisk granskning (Codex, 2018).

De förberedande åtgärderna inför varje intervjutillfälle som tidigare har nämnts för att undvika de olika etiska riskerna var en framgångsfaktor. Exempelvis att undvika att tala om egna erfarenheter tror vi underlättade att få ut mer information från intervjuerna.

Könsskillnader och åldersskillnader upplevs inte som de har påverkat intervjusituationen eller det framkomna resultatet. Det var också bra att examensarbetsförfattarna delade upp intervjuerna så att det bara var en intervjuare och en deltagare per tillfälle, detta gjordes som en åtgärd för att undvika maktobalans och för att skapa en tryggare miljö. Att intervjua deltagarna en och en var positivt i den bemärkelsen att alla fick tala till punkt, de blev inte störda och fick reflektera själva utan att påverkas av andra deltagare. Det framkom i intervjuerna en nyfikenhet angående vad tidigare deltagare i examensarbetet har sagt, samt om svaren skiljer sig mycket sinsemellan de olika deltagarna. Detta visar på ett intresse för ämnet och att det är aktuellt. I slutet av intervjuerna gavs möjlighet till frågor eller om något som sagts borde förtydligas eller ändras. Deltagarna fick även möjlighet att ställa frågor efter att inspelningen var avslutad, angående examensarbetet eller egna tankar/funderingar.

8 SLUTSATS

Slutsatsen i detta examensarbete är att intensivvårdssjuksköterskorna uppskattar kompetenta medarbetare och att samarbeta över professionerna. De uppskattar att ha ett uppstartsmöte och få information om arbetssituationen innan arbetspasset startar, att i samband med det fördela de eventuella extra resurser som finns dit behovet är som störst. Intensivvårdssjuksköterskorna uppskattar att ronda inne på sal och tillsammans prioritera arbetet. De värdesätter att kunna arbeta patientnära och att förutsättningar för detta finns. De uppskattar även de internutbildningar som erbjuds för att kompetensutvecklas. Det som intensivvårdssjuksköterskorna önskar och idag saknar är att vid lätt eller icke sederade patienter ha en undersköterska per patient. Detta för att alltid ha en personal som kan vara närvarande hos patienten, samtidigt som det möjliggör att

sjuusköterskan får tid för sina övriga arbetsuppgifter. Detta ger också en ökad trygghet för patienten att någon alltid finns där och minskar oro och obehag. De önskar att det finns kompetenskrav på avdelningen. Detta för att ha en trygg arbetsplats och känna tillit till sina kollegor, att patienten inte skall komma till skada eller att arbetet utförs på ett inkorrekt sätt. Det är en förutsättning för ett välfungerande samarbete, mellan både personal och patient. Intensivvårdssjuusköterskorna upplever sig otillräckliga när de ansvarar för två patienter och där en av patienterna har ett stort vårdbehov. De önskar en bättre fördelning av de resurser som finns och upplever att personalbristen är stor. De önskar att arbetet skall anpassas efter den nya arbetssituationen och att nya rutiner skapas eftersom bristen på intensivvårdssjuusköterskor är så uttalad. Intensivvårdssjuusköterskorna önskar kunna delegera fler uppgifter. De önskar även en sondering och utveckling av kommunikationsredskap för patienter i respirator.

8.1 Förslag på vidare forskning

Under examensarbetets gång har flera intressanta frågeställningar väckts. Intensivvårdssjuusköterskorna är medvetna om vinsterna med den valda sederingsnivån för patienten, både ekonomiskt och fysiskt. Denna nya behandlingsmetoden påverkar dock intensivvårdssjuusköterskornas arbetsmiljö på ett negativt sätt i form av en känsla av otillräcklighet till sjuusköterskeprofessionens omvårdnadsansvar för patienten. Det vore intressant att ta reda på vilken bemanning som lämpar sig bäst för denna patientgrupp. Det skulle också vara intressant att ta reda på de potentiella skillnaderna i intensivvårdssjuusköterskornas och patienternas upplevelser i vården med den eventuellt förändrade bemanningen. Det skulle även vara bra att se hur det skulle påverka patienternas upplevelse av kommunikation om all nyutbildad/nyanställd personal på en intensivvårdsavdelning får specifik utbildning inom kommunikation och i olika kommunikationsverktyg när de skall vårda ventilatorbehandlade patienter. Med dessa förutsättningar även ta reda på hur sjuusköterskornas upplevelser kring kommunikation förändras i samband med vården av denna patientgrupp.

REFERENSLISTA

- Baumgarten, M. & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 205-214. doi: 10.1111/scs.12177
- CODEX (2018). Hämtad den 27 mars 2018 från:
<http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. In M. Henricsson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143–154). Lund: Studentlitteratur.
- Egerod, I., Albarran W, J., Ring, M., & Blackwood, B. (2013). Sedation practice in Nordic and non-Nordic ICU:s a European survey. *British Association of Critical Care Nurses*, 18(4), 166-175. Doi: 10.1111/nicc.12003
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. (2., uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norgerg, A., Brink, E., ...Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Society of Cardiology*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Engström, Å., Nyström, N., Sundelin, G. & Rattray, J. (2012). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(2), 88-95. doi: 10.1016/j.iccn.2012.07.003
- Everingham, K., Fawcett, T., & Walsh, T. (2013). Targeting sedation: the lived experience of the intensive care nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6) ,694-703. doi: 10.1111/jocn.12058
- Fink, R. M., Makic, M. B., Poteet, A.W. & Oman, K. S. (2015). The Ventilated Patient's Experience. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34(5), 301-308. doi:10.1097/DCC.000000000000128
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167–1176. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01192.x
- Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. Doktorsavhandling. Åbo, Åbo Akademisförlag, Institutionen för Vårdvetenskap.
- Fredriksson, L. (2017). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 415-425). Lund: Studentlitteratur AB

- Graneheim Hällgren, U., & Lundman, B. (2004). qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Graneheim Hällgren, U., & Lundman, B. (2009). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. (ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Gulbrandsen, T., Stubberud, D-G.(Red.). (2009). *Intensivvård avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur AB
- Guttormson, J. L., Bremer, K. L. & Jones, R. M. (2015). Not being able to talk was horrid”: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 179-186. doi:10.1016/j.iccn.2014.10.007
- Göteborgs centrum för personcentrerad vård. (2017). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2018-10-24 från <https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>
- Happ, MB. (2000). Interpretation of nonvocal behavior and the meaning of voicelessness in critical care. *Social Science and Medicine*. 50(9), 1247-1255. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00367-6
- Henricson, M. (2017). Diskussion. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad (2:1 uppl., s. 411-420)*. Lund: Studentlitteratur.
- Holm, A & Dreyer, P. (2017)., Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *British Association of Critical Care nurses*, 23(2), 88-94. doi:10.1111/nicc.12297
- Karlsson, V., Bergbom, I. & Forsberg, A. (2012a). the lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(1), 6-15, doi: 10.1016/j.iccn.2011.11.002
- Karlsson, V., & Forsberg, A. (2007). Health is yearning--experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(1), 41-50. doi: 10.1016/j.iccn.2007.06.004
- Karlsson, V, Forsberg, A & Bergbom, I. (2012b). Communication when patients are conscious during respirator treatment—A hermeneutic observation study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(4), 197–207, doi: 10.1016/j.iccn.2011.12.007
- Karlsson, V., Lindahl, B. & Bergbom, I. (2012c). Patients’ statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: a prospective video-recorded study. *Nursing Inquiry*, 19(3), 247-258. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00576.x
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 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(2), 103-110. doi: 10.4212/cjhp.v65i2.1116
- Laerkner, E., Egerod, I., Hansen, H-P. (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), 196–204, doi:10.1016/j.iccn.2015.01.005
- Laerkner, E., Egerod, I., Olsen, F. & Hansen, H. (2017). A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit, *International Journal of Nursing Studies*, 75, 1-9, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016
- Laerkner, E., Stroem, & Toft, P. (2015). No-sedation during mechanical ventilation: impact on patient's consciousness, nursing workload and cos. *British Association of Critical Care Nurses*. 21(1), 28-35. doi: 10.1111/nicc.12161
- Larsson, A. & Rubertsson, S. (Red.). (2016), *Intensivvård*. Stockholm: Liber AB
- Nordenfelt, L. (2003) Dignity of the elderly: An introduction. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6(2), 99-101. doi: 10.1023/A:1024150526303
- Nordenfelt, L. (2010). Begreppet värdighet. I: Nordenfelt, L. (red.). *Värdighet i vården av äldre personer*. Lund: Studentlitteratur.
- Salgado, D., Favory, R., Goluart, M., Brimiouille, S., & Vincent MD, J.-L. (2011). Toward less sedation in the intensive care unit: A prospective observational study. *Journal of critical Care*, 26(2). 113-121. doi:10.1016/j.jcrc.2010.11.003
- SIR, 2018. *Patient och närstående*. Hämtad 2018-10-16 från <http://www.icuregswe.org/patient-och-narstaende/test/>
- Socialstyrelsen. (2004). Anhörig. Hämtad 2019-08-19 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=263&SrcLang=sv>
- Stoltz, Peter (2006). Searching for the meaning of support in nursing: a study on support in family care of frail aged persons with examples from palliative care at home. Diss. Malmö: Malmö Högskola
- Strøm, T., Martinussen, T., Toft, P. (2010). A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *The Lancet*, 375(9713), 475–480. doi:10.1016/S0140-6736(09)62072-9
- Svenska akademins ordlista. (2015). Stöd. Hämtad 2019-06-11 från <https://svenska.se/saol/?id=3030863&pz=7>

- Svensk ordbok. (2009). Resurs. Hämtad 2019-06-11 från <https://svenska.se/so/?sok=resurs&pz=4>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2018-10-14 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2018-10-14 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf?fbclid=IwAR2MEIcoA_i7kMYwZGQ8eIsT8p8ooOTx9cHBmOOOhqUapUZ_Ta-h3rZxJ7Q
- Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistjuksköterskeexamen med inriktning med intensivvård*. Hämtad 2018-10-14 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.och.intensivvard.kompbeskr.pdf>
- 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), 124-129, doi: 10.1016/j.aucc.2012.12.005
- Turunen, H., Jakob, M, S., Ruokonen, E., Kaukonen, K-M., Sarapohja, T., Apajasalo, M. & Takala, J. (2015). Dexmedetomidine versus standard care sedation with propofol or midazolam in intensive care: an economic evaluation. *Critical Care*, 19(1), 67. doi:10.1186/s13054-015-0787-y
- Ylikangas, C. (2017). Miljö – ett vårdvetenskapligt begrepp. I L. Wiklund & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och metod* (s. 260–280). Lund: Studentlitteratur.
- 1177 Vårdguiden. 2017. *Respiratorbehandling på sjukhus*. Hämtad 2018-10-10 från <https://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Behandlingar/Respiratorbehandling/>

BILAGA A SÖKMATRIS

Sökningarna genomfördes 2019-05-06

Databas	Sökord	Urval	Antal träffar	Dubbletter	Antal valda	Artikelnamn
Pubmed	ICU AND Ventilator treatment AND Experience AND Memories	Inga begränsningar.	3	0	2	Health is yearning--experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. The Ventilated Patient's Experience

Pubmed	Mechanical ventilation AND communication AND experience AND ICU	10 år; Abstract; Full text.	38	1	5	<p>People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study</p> <p>"Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation.</p> <p>The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study.</p> <p>Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients.</p> <p>Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study.</p> <p>Dubletter: The Ventilated Patient's Experience.</p>
Pubmed	Experiences AND intensive care AND patients AND ventilation	10 år; Abstract; Full text; Humans	90	3	3	<p>The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study</p> <p>Nurses' experiences of caring for critically ill, non-sedated, mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit: a qualitative study.</p>

						<p>Patients' statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: a prospective video-recorded study.</p> <p>Dubbletter:</p> <p>Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis.</p> <p>Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients.</p> <p>The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study.</p>
<p>Manuell sökning I artikel:</p> <p>“Patients’ statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: a prospective video-recorded study”</p>					1	<p>A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial</p>

Pubmed	Less sedation AND ICU nurses	10 år	22	0	3	<p>Sedation practice in Nordic and non-Nordic ICUs: a European survey.</p> <p>A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit.</p> <p>Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients.</p>
Pubmed	intensive care nurse AND targeting sedation	Inga begränsningar.	9	0	1	'Targeting' sedation: the lived experience of the intensive care nurse.
Pubmed	communication AND respirator treatment	10 år	29	0	1	Communication when patients are conscious during respirator treatment--a hermeneutic observation study.
Pubmed	Mechanical ventilation AND Intensive care unit AND less Sedation	10 år; Abstract	133	2	2	<p>Economic evaluation of dexmedetomidine relative to midazolam for sedation in the intensive care unit.</p> <p>Toward less sedation in the intensive care unit: a prospective observational study.</p> <p>Dubletter: A sense of agency: An ethnographic exploration of being</p>

						<p>awake during mechanical ventilation in the intensive care unit.</p> <p>Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients.</p>
Pubmed	Sedation AND economic evaluation	5 år; Full text; Abstract; Humans	35	0	1	Dexmedetomidine versus standard care sedation with propofol or midazolam in intensive care: an economic evaluation.
Pubmed	Voice lessness AND critical care	Humans	1	0	1	Interpretation of nonvocal behavior and the meaning of voicelessness in critical care

BILAGA B ARTIKELMATRIS

Artikelreferens, författare, årtal, titel, tidskrift, nr, sidnr. doi	Syfte	Metod	Resultat sammanfattning
Laerkner, E., Stroem. och Toft. P (2015). No-sedation during mechanical ventilation: impact on patient's consciousness, nursing workload and cos. <i>British Association of Critical Care Nurses</i> . 21(1), 28-35. doi: 10.1111/nicc.12161	Undersöka om patientens medvetenhet påverkade intensivvårdssjuksköterskornas arbetsbelastning och kostnaderna för vården. Genom att jämför en patientgrupp som var lätt sederade och en som var sederade med dagliga väckningar.	Ansats: kvantitativ Urval: randomiserat urval. 140 stycken patienter i ventilator. Datainsamling: skattade mätverktyg Analys: statistisk innehålls analys. Etiska överväganden: etisk kommitté	Patienter som inte lugnande var mer vakna med en RASS-poäng nära noll, jämfört med patienter som fick lugnande och vaknar dagligen. Sjuksköterskor rapporterade ingen skillnad i självbedömd arbetsbelastning mellan den icke-lugnande och lugnande gruppen av patienter.

<p>Karlsson.V, Forsberg. A och Bergbom. I., (2012) Communication when patients are conscious during respirator treatment—A hermeneutic observation study. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 28(4), 197–207, doi: 10.1016/j.iccn.2011.12.007.</p>	<p>Syftet med denna studie var att observera, tolka och beskriva sjuksköterskors kommunikation med medvetna patienter som får mekanisk ventilationsbehandling på en intensivvårdsavdelning samt undersöka om kommunikation kan vara en omvårdnadsåtgärd.</p>	<p>Ansats: hermeneutiskt kvalitativ ansats</p> <p>Urval: Deltagarna bestod av sex kvinnor och tretton män i åldern 23-28 år</p> <p>Datainsamling: Observationer</p> <p>Analys: anteckningar från observationerna analyserades med hjälp av hans-georg´s hermeneutiska cirkeln</p> <p>Etiska överväganden:</p> <p>Denna studie godkändes av forskningsetiska kommittén på Göteborgs universitet</p>	<p>Omvårdnads kommunikation delades in i två huvudteman i vårdande och icke omsorgsfullt vårdande.</p> <p>De vårdande identifierades som: att vara uppmärksam, vaksam, inkluderande, involverad, kontakt skapande, lugnande, ge säkerhet, använda humor och använda ett vänligt tillvägagångssätt.</p> <p>icke omsorgsfullt vårdande: frånvarande och försummande.</p>
--	--	--	--

<p>Lachaine, J. & Beauchemin, C. (2012). Economic evaluation of dexmedetomidine relative to midazolam for sedation in the intensive care unit. <i>Canadian Journal of Hospital Pharmacy</i>, 65(2), 103-110. doi: 10.4212/cjhp.v65i2.1116</p>	<p>Ekonomisk utvärdering av Dexmetomidine i jämförelse med Midazolam för sedering inom intensivvården.</p>	<p>Ansats: Kvantitativ</p> <p>Design: Kostnad - konsekvensanalys</p> <p>Urval: Patienter som vårdats med Midazolam kontra Dexmetidine</p> <p>Datainsamling: Från SEDCOM studie, 68 sjukhus, i 5 olika länder mellan år 2005-2007</p> <p>Analys: kostnadsanalys mellan Dexmetidine och Midazolam under vård med respirator.</p> <p>Etiska överväganden: etisk kommité</p>	<p>Resultatet visade att Dexmetidine var ett dyrare preparat att införskaffa än Midazolam men minskade antalet patienter med delirium och att de snabbare kunde avveckla respiratorn. vilket gav kortare vårdtid och därigenom ett mer kostnadseffektivt preparat.</p>
---	--	--	--

<p>Laerkner. E, Egerod. I, Hansen, H-P., (2015), Nurses' experiences of caring for critically ill, non-sedated, mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit: A qualitative study, <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 31(4), 196–204, doi:10.1016/j.iccn.2015.01.005</p>	<p>Syftet var att utforska sjuksköterskornas erfarenheter att ta hand om icke-sederad, kritisk sjuka patienter som kräver mekanisk ventilation.</p>	<p>Ansats: Kvalitativ</p> <p>Urval: 16 intensivvårdssjuksköterskor från två olika intensivvårdsavdelningar i danmark.</p> <p>Datainsamling: genomförde individuella, djupgående, halvstrukturerade intervjuer och observationer.</p> <p>Analys: kvalitativ, deskriptiv och tolk tematisk analys.</p> <p>Etiska överväganden:</p> <p>Godkännandet av studien genomfördes enligt principerna i Helsingforsdeklarationen och de etiska riktlinjerna för omvårdnadsforskning i Skandinavien. Studien granskades av Vetenskapliga kommittén i Region Syddanmark</p>	<p>Två övergripande teman kom fram. Det var de krävande aspekterna av att vårda en icke-sederad patient som är ventilator behandlad var: oförutsägbarhet, tvetydiga behov och komplexa åtgärder. De givande aspekterna var: personlig interaktion som delades upp i tre underrubriker: fysisk och känslomässig närhet, individanpassad omvårdnad och förhandlingsbar omvårdnadsplan.</p>
--	---	--	--

<p>Strøm, T., Martinussen, T., Toft, P. (2010). A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. <i>The Lancet</i>, 375(9713), 475-480, doi: 10.1016/S0140-6736(09)62072-9.</p>	<p>Skapa ett protokoll. Ingen sedation för kritiskt sjuka patienter som får mekanisk ventilation: en randomiserad undersökning</p>	<p>Ansats: Kvantitativ</p> <p>Urval: 140 kritiskt sjuka vuxna patienter som genomgick mekanisk ventilation och förväntades behöva ventilation i mer än 24 timmar.</p> <p>Datainsamling: journal granskning och protokoll.</p> <p>Analys: Statistisk analys</p> <p>Etiska överväganden: etisk kommitté</p>	<p>Det visade sig i studien att patienter som inte blev sederade hade mycket kortare vårdtider än de med sedering. De hade lägre mortalitet än de sederade men detta nådde inte en signifikant nivå.</p>

<p>Tingsvik, C. Bexell, E. Andersson, A-C. och Henricson, M., (2013), Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients, Australian Critical Care, 26(3), 124-129, doi: 10.1016/j.aucc.2012.12.005</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter som är lågt sederade under mekanisk ventilation.</p>	<p>Ansats: Kvalitativ Urval: Nio stycken intensivvårdssjuksköterskor Datainsamling: Semi-strukturerade interjuver Analys: Kvalitativ intervju analys Etiska överväganden: Studien godkändes av The Ethical Committee på School of Health Sciences, Jönköpings universitet, Sverige. Alla deltagare gav sitt informerade samtycke till forskningen och deras anonymitet</p>	<p>Sjuksköterskarnas erfarenhet av lågt sederade patienter beskrivs som en utmaning som kräver kunskap och erfarenhet. Möjligheten att kommunicera med den lättskötta patienten uppfattas som viktig för ICU-sjuksköterskor. Individualiserad omvårdnad som respekterar patienternas integritet, engagemang och deltagande är mål i intensivvården, och det kan vara lättare att uppnå när patienterna är lågt sederade.</p>
---	--	--	--

<p>Turunen, H., Jakob, M, S., Ruukonen, E., Kaukonen, K-M., Sarapohja, T., Apajasalo, M. och Takala, J. (2015). Dexmedetomidine versus standard care sedation with propofol or midazolam in intensive care: an economic evaluation. <i>Critical Care</i>, 19(1), 67. doi:10.1186/s13054-015-0787-y</p>	<p>Dexmetodine jämfört med standardvård sederade med Propofol eller Midazolam inom intensivvård: en ekonomisk utvärdering.</p>	<p>Ansats: Kvantitativ</p> <p>Urval: 757 st intensivvårdspatienter.</p> <p>Datainsamling: Statistisk analys</p> <p>Analys: The Wilcoxon-Mann-Whitney test, All analyses were performed by using SAS® 9.2 for Windows</p> <p>(SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).</p> <p>Etiska överväganden:</p> <p>Studieprotokollen godkändes av de etiska utskotten i studiecentrumen i de olika länderna. Skriftligt informerat samtycke erhöles.</p>	<p>Dexmetodine visade sig vara mycket mer kostnadseffektivt i jämförelse med andra standard sederande läkemedel. Dexmetodine visade sig ge mycket kortare vårdtider och sänka de totala intensivvårdskostnaderna kraftigt genom kortare tid till extubation.</p>
--	--	---	--

<p>Everingham, K., Fawcett, T., & Walsh, T. (2013). Targeting sedation: the lived experience of the intensive care nurse. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 23(5-6),694-703, doi: 10.1111/jocn.12058</p>	<p>Att få insikt i intensivvårdssjuksköterskor "värld" efter förändringar i sedationshanteringen av patienter på en intensivvårdsenhet.</p>	<p>Ansats: interpretivism och ett fenomenologiskt.</p> <p>Urval: 16st intensivvårdssjuksköterskor på en intensivvårdsavdelning.</p> <p>Datainsamling: Semi-struktureade intervjuer</p> <p>Analys: Forskaren anpassade sig till Van Manens ramverk för att vägledas genom analysprocessen</p> <p>Etiska överväganden: Etiskt godkännande erhöles från Skottland A Forskningsetiska utskott i december 2009. Alla insamlade uppgifter, bearbetas och lagrades i samband med studien har upprätthållits i enlighet med Good Clinical Practice riktlinjer och principerna för dataskydd.</p>	<p>Intensivvårdssjuksköterskor finner att den nuvarande inställningen till förändringarna angående sedering kan hota deras professionell skyldighet och personlig önskan att tillhandahålla helhetsvård. Hälsoorganisationernas "riktade" strategin är att uppfattas som för strikt för den patientcentrerade vård som de vill leverera.</p>
--	---	--	--

<p>Egerod, I., Albarran W, J., Ring, M., & Blackwood, B. (2013). Sedation practice in Nordic and non-Nordic ICU:s a European survey. <i>British Association of Critical Care Nurses</i>, 18(4),166-175. https://doi.org/10.1111/nicc.12003</p>	<p>Syftet med undersökningen skulle beskriva sederingspraxis i europeiska ICU och jämföra sedationspraxis i nordiska och icke-nordiska länder.</p>	<p>Ansats: En tvärsnittsstudie med kvalitativ ansats</p> <p>Urval: 291 st intensivvårdssjuksköterskor från 22 länder vilket var 42% av de tillfrågade.</p> <p>Datainsamling: enkäter delades ut med konferensdeltagandet och under kongressen uppmuntrades mötesstolar för deltagande.</p> <p>Analys: Vi sammanfattade kategoriska variabler med proportioner och kontinuerliga variabler med medelvärde och standardavvikelse. Alla analyser genomfördes med hjälp av SPSS version 19 (Statistical Package for Social Sciences).</p>	<p>Organisatoriska och kontextuella faktorer, såsom intensivvårdsavdelningens storlek, personalförhållande och inter-professionellt samarbete är bidragande faktorer för sederings hanteringen på europeiska intensivvårdsavdelningar. Det nordiska intensivvårdsavdelningarna har hårdare mål för låg sedering och bättre smärtlindring.</p>
--	--	--	---

Etiska överväganden:
Undersökningen var utförd i
enlighet med de etiska
normerna i Helsingfors
deklarationen. Godkännande
att utföra undersökning
beviljades av EfCCNa-rådet.

<p>Salgado, D., Favory, R., Goluart, M., Brimiouille, S., & Vincent MD, J.-L. (2011). Toward less sedation in the intensive care unit: A prospective observational study. <i>Journal of critical Care</i>, 26(2), 113-121. doi: 10.1016/j.jcrc.2010.11.003</p>	<p>att utvärdera möjligheten att använda minimal sedering i ICU.</p>	<p>Ansats: kvantitativ</p> <p>Urval: 512 intensivvårds patienter där sedan 177st exkluderades</p> <p>Datainsamling:</p> <p>Prospektiv observations studie</p> <p>Analys: Statistisk analys utfördes med användning av SPSS 17.0 statistisk paketprogramvara (SPSS Incorporation, Chicago, Ill) och GraphPad Prism-programvara (GraphPad Software, San Diego, Calif).</p>	<p>på en blandad medicinsk och kirurgisk IVA verkar minimal användning av kontinuerlig sedering som genomförbar utan uppenbara negativa effekter.</p>
<p>Happ, MB. (2000). Interpretation of nonvocal behavior and the meaning of voicelessness in critical care. <i>Social Science and Medicine</i>. 50(9), 1247-1255. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00367-6</p>	<p>Att undersöka på vilka sätt svårt sjuka patienter, personal och familjemedlemmar kommunicerar.</p>	<p>Ansats: kvalitativ</p> <p>Urval: 9 st sjuksköterskor och 16 st patiente</p> <p>Datainsamling: fält arbete med interjuver.</p> <p>Analys: Kodning och konstant jämförelse med hjälp av grounding theory metoden.</p>	<p>Oförmågan att tala var skrämmande och frustrerande för många kritiskt sjuka patienter. Detta gör att patienterna känner sig maktlösa och de tvingas ge offra en del av sin kontroll</p>

<p>Baumgarten, M & Poulsen, I. (2015), Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis, <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 29(2), 205-214, doi: 10.1111/scs.12177</p>	<p>Syftet med denna studie var att samla och syntetisera tolkad kunskap från kvalitativa studier om Patienternas erfarenhet av att vara mekaniskt ventilerad på en intensivvårdsavdelning.</p>	<p>Ansats: kvalitativ Databasinsamling: 9 kvalitativa studier mellan åren 1994-2012 Analys: Metaanalys Etiska överväganden: artiklarna i studien var godkända av etiska kommittéer</p>	<p>Denna studie visar att patienterna som är mekaniska ventilerade på en intensivvårdsavdelning upplever en sårbarhet som innebär av ångest, rädsla och ensamhet</p>
<p>Engström, Å., Nyström, N., Sundelin, G. & Rattray, J. (2012). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study, <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 29(2), 88-95, doi: 10.1016/j.iccn.2012.07.003</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva intensivvårdsavdelningars erfarenheter av personer som behandlas med ventilator</p>	<p>Ansats: Kvalitativ Urval: 8 personer som genomgått respiratorbehandling på en intensivvårdsenhet i norra delen av Sverige. Databasinsamling: personliga intervjuer Analys: kvalitativ innehållsanalys Etiska överväganden: Luleå tekniska universitets Etiska kommittén godkände studien</p>	<p>Att vara beroende av andra människor och teknisk medicinsk utrustning för överlevnad skapar en känsla av att bli helt beroende av andra, eftersom människorna är beroende av ventilatorn så kunde de inte lita på att deras kroppsfunktion.</p>

<p>Fink, R. M., Makic, M. B., Poteet, A.W. & Oman, K. S. (2015). The Venntilated Patient´s Experience. <i>Dimensions of Critical Care Nursing</i>, 34(5), 301-308. doi:10.1097/DCC.000000000000128*</p>	<p>Att beskriva intesivårdspatientens upplevelse av att ligga i respirator.</p>	<p>Ansats: kvalitativ Urval: bekvämlighetsurval Datainsamling: interjuver Analys: beskrivande innehållsanalys. Etiska överväganden: etikkommitté</p>	<p>De flesta patienter och deras familjemedlemmar rapporterade minnen av smärta, ångest / panik, mardrömmar eller besvär och andningsbesvär. Patientens uppfattning om ångest, mardrömmar och dyspné var måttlig.</p>
<p>Guttormson, J. L., Bremer, K. L. & Jones, R. M. (2015). Not being able to talk was horrid”: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 31(3), 179-186, doi:10.1016/j.iccn.2014.10.007</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva patientupplevelsen av kommunikation under mekanisk ventilation.</p>	<p>Ansats: kvantitativ med deskriptiv design Urval: slumpmässigt urval Datainsamling: enkäter Analys: en sekundär analys Etiska överväganden: godkänd av en etikkommitté på första författarens universitet.</p>	<p>Kommunikationssvårigheter påverkar patientens känsla av säkerhet och välbefinnande under mekanisk ventilation. Större tonvikt måste läggas på utveckling och integration av kommunikationsstrategier i intensivvården</p>

<p>Holm, A & Dreyer, P. (2017)., Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. British Association of Critical Care nurses, 23(2), 88-94. doi:10.1111/nicc.12297</p>	<p>Att utforska icke-lugnande mekaniskt ventilerade patienters kommunikation med sjuksköterskor på intensivvården.</p>	<p>Ansats: Studien var kvalitativ med ett fenomenologisk-hermeneutiskt tillvägagångssätt</p> <p>Urval: slumpmässigt urval</p> <p>Datainsamling: data samlades in på två intensivvårdenheter i Danmark, Datainsamlingen bestod av intervjuer med patienter</p> <p>Analys: Data analyserades som en kollektiv datainsamling med användning av Ricoeur's tolkningsteori.</p> <p>Etiska överväganden The National Committee on Health Research Ethics, 2013:</p>	<p>Lättare sedrings protokoll är en stor förändring i klinisk praxis då förhållande till kommunikation. Det kräver ett nytt sätt att tänka vid kommunikation och blir en integrerad del av vården och sjuksköterskan måste ständigt vara vaken och anpassa sina kommunikationsstrategier efter patientens förändrade behov och kommunikationsförmåga.</p>
--	--	--	---

<p>Karlsson, V., Lindahl, B. & Bergbom, I. (2012). Patients' statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: a prospective video-recorded study. <i>Nursing Inquiry</i>, 19(3), 247-258. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00576.x</p>	<p>Patientens uttalanden och erfarenheter avseende mottagning av mekanisk ventilation</p>	<p>Ansats: kvalitativ</p> <p>Urval: specifika inklusionskriterier vilket resultera i fyra kvinnor</p> <p>Datainsamling: video inspelade intervjuer.</p> <p>Analys: kvalitativ innehålls analys.</p> <p>Både kvalitativa och kvantitativa innehållsanalyser applicerades på data från de videoinspelade intervjuerna.</p> <p>Etiska överväganden: Denna studie godkändes av universitetets forskningsetiska kommitté</p>	<p>Patienterna som var vakna under respirator behandling upplevde brist på luft, smärta orsakad av endotrakealtub och obehag under sugning. De utvecklade ofta sina egna individuella kommunikationsvägar, men med vissa tekniker lätt kunde läras ut, så att släktingar och patienter kunde kommunicera.</p>
--	---	---	---

<p>Karlsson, V., & Forsberg, A. (2007). Health is yearning--experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 24(1), 41-50. doi: 10.1016/j.iccn.2007.06.004</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka erfarenheter av att vara medvetna under respiratorbehandling på en intensivvårds avdelning ur ett patientperspektiv.</p>	<p>Ansats: kvalitativ Urval: 8 intensivvårdspatienter Datainsamling: interjuver Analys: kvalitativ innehålls analys. Etiska överväganden: etikkommitté</p>	<p>Patienten genomgår olika steg av längtan som en del av hans eller hennes återhämtningsprocess. Patienter som är medvetna under respiratorbehandling ser på sig själv och sitt värde som ett resultat av vårdgivarnas inställning och beteende, där värdet av vård består av en helhetsbekräftelse av individuellt lidande.</p>
---	---	--	---

<p>Karlsson, V., Bergbom, I. & Forsberg, A. (2012a). the lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study, <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 28(1), 6-15, doi: 10.1016/j.iccn.2011.11.002</p>	<p>Syftet med denna studie var att belysa erfarenheten hos patienter som var medvetna under respiratorbehandling på en intensivvårdsenhet</p>	<p>Ansats: Kvalitativ</p> <p>Urval: 12 patienter som varit vakna under en respiratorbehandling, en vecka efter utskrivning från en intensivvårdsavdelning.</p> <p>Datainsamling: Intervjuer</p> <p>Analys: fenomenologisk-hermeneutisk analysmetod.</p> <p>Etiska överväganden:</p> <p>Denna studie godkändes av en etisk kommitté (No. 552-07)</p>	<p>Det som underlättar för Patienter som är medvetna under respiratorbehandling är närvaron av sjuksköterskor, som förmedlar hopp och tro på återhämtning, förstärkning patientens vilja att kämpa för återhämtning och överlevnad</p>
--	---	---	--

<p>Laerkner, E., Egerod, I., Olsen, F. & Hansen, H. (2017). A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit, <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 75, 1-9, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016</p>	<p>Att utforska patienternas upplevelser av att vara vakna under kritisk sjukdom och mekanisk ventilation på intensivavdelningen</p>	<p>Ansats: kvalitativ ansats. Urval: två intensivvårdsavdelningar i Danmark och 28 patienter. Datainsamling: observationer Analys: tematisk analys Etiska överväganden: etikkommitté</p>	<p>Patienter uppskattade kompetenta och medkännande sjuksköterskor som var uppmärksamma och involverade dem som enskilda personer. Initiativ för att förbättra bekanta aspekter som släktingar, personliga föremål och vård, kontinuitet och närhet av sjuksköterskor bidrog till patienternas upplevelse av att känna sig trygga och säkra i den okända miljön. Patienterna var medvetna om de omgivande aktiviteterna och kände sig maktlösa när de ignorerades av personalen och drabbades när de bevittnade medpatienternas lidande.</p>
---	--	--	--

BILAGA C INFORMATION/SAMTYCKESBLANKETT

ENHETSCHEF

Förfrågan om tillåtelse att genomföra studien: "Intensivvårdssjuksköterskors behov av stöd och resurser vid vård av patienter med lätt eller ingen sederig i respirator"

Vi ansöker om tillåtelse att genomföra vår studies datainsamling på er verksamhet (ange klinik eller motsvarande) som har till syfte att undersöka Intensivvårdssjuksköterskors behov av stöd och resurser vid vård av patienter med lätt eller ingen sederig i respirator.

Forskning visar att det finns fysiologiska fördelar med att använda sig av lätt eller ingen sederig istället för tung sederig. Det blir en större samhällsekonomisk vinst när patienterna är lätt sederade. Med hjälp av en lättare sederig möjliggörs en snabbare urträning från respiratorn samt minskar risken för utveckling av delirium. Ytterligare fördelar är kortare vårdtider och minskade läkemedelskostnader.

Deltagandet för intensivvårdssjuksköterskorna innebär att vara med i en fysisk intervju som blir ljudinspelad. Intervjun kommer att ske på/vid arbetsplatsen i samband med arbete eller i anslutning till arbetspasset, Tidsåtgången kommer att vara max en timme varav ca 30-40 minuter är själva intervjun. Intervjun kommer att spelas in digitalt och kommer att transkriberas till text för att kunna sammanställas. Det utskrivna materialet kommer sedan analyseras med en kvalitativ innehållsanalys.

Hantering av data och sekretess

All insamlad data kommer att hanteras beaktande forskningsetiska krav, samt aidentifieras med respekt för konfidentialitet enligt Personuppgiftslagen (PUL 1998:204).

Ingen obehörig kommer att få ta del av deltagarnas svar, de som kommer att ta del av svaren är författarna, handledaren och eventuellt opponenter, seminarieledare och examinator vid granskning.

Personuppgifter samt kodnyckel kommer att förstöras i samband med att examensarbetet har blivit godkänt.

I den färdiga studien kommer inga uppgifter att kunna härledas till enskilda personer eller verksamheter (t ex dig och din verksamhet där du arbetar eller dina chefer).

Informanterna informeras om att deltagandet i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan närmare motivering. De informeras även om att arbetsgivaren inte kommer att ta del av vem eller vilka som väljer att delta i studien.

Eventuell risk/nytta

Nyttan med studien är att sjuksköterskors behov av stöd och resurser vid omvårdnad av denna patientgrupp lyfts fram och att detta kan bidra till kunskapsutveckling på eran

verksamhet. Eventuella nackdelar är tidsåtgången till intervjuerna som sjuksköterskorna måste avsätta.

Nytta i ett vidare perspektiv

Genom att delta i studien tillför sjuksköterskorna kunskaper om hur det är att arbeta som intensivvårdssjuksköterska med patienter som har lätt eller ingen sedering under respiratorvård, vilket kan leda till att rätt stöd och resurser kan sättas in och som kan underlätta för sjuksköterskorna.

Undersökningen kommer att presenteras i form av examensarbete/ uppsats vid Mälardalens Högskola. Resultatet kommer att publiceras på DIVA och delges till de avdelningar som har medverkat.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av oss eller vår handledare, xx, se nedan.

Med vänliga hälsningar

Namn:

Tel:

E-post:

Namn:

Tel:

E-post:

Handledare:

Tel:

E-post:

Samtycke till genomförande av studien, ” Intensivvårdssjuksköterskors behov vid vård av patienter med lätt eller ingen sedering i respirator”

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och hur den ska genomföras. Jag har haft tillfälle att läsa igenom informationen och att ställa frågor.

Genom min underskrift samtycker jag till:

- att ge godkännande till att examensarbetets datainsamling sker på verksamheten
- att personuppgifter behandlas såsom beskrivits

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

BILAGA D INFORMATION/SAMTYCKESBLANKETT INFORMANTER

Tillfrågan om deltagande i studien: "Intensivvårdssjuksköterskors behov av stöd och resurser vid vård av patienter med lätt eller ingen sedering i respirator"

Du tillfrågas härmed om att delta i studien som har till syfte att undersöka intensivvårdssjuksköterskors behov av stöd och resurser vid vård av patienter med lätt eller ingen sedering i respirator.

Forskning visar att det finns fysiologiska fördelar med att använda sig av lätt eller ingen sedering istället för tung sedering. Det blir en större samhällsekonomisk vinst när patienterna är lätt sederade. Med hjälp av en lättare sedering möjliggörs en snabbare urträning från respiratorn samt minskar risken för utveckling av delirium. Ytterligare fördelar är kortare vårdtider och minskade läkemedelskostnader.

Att delta innebär att du är med i en fysisk intervju som blir ljudinspelad. Intervjun kommer att ske på din arbetsplats i samband med att du arbetar eller i anslutning till arbetspasset, detta för att minimera arbetsbelastningen för verksamheten och för att underlätta för dig. Tidsåtgången kommer att vara max en timme varav ca 30–40 minuter är själva intervjun. Ljudinspelningen kommer att transkriberas till text efter intervjun för att kunna sammanställas. Det utskrivna materialet kommer sedan att analyseras med en kvalitativ innehållsanalys.

Hantering av data och sekretess

All insamlad data kommer att hanteras beaktande forskningsetiska krav, samt avidentifieras med respekt för konfidentialitet enligt Personuppgiftslagen (PUL 1998:204).

Ingen obehörig kommer att få ta del av dina svar, de som kommer att ta del av svaren är författarna, handledaren och eventuellt opponenter, seminarieledare och examinator vid granskning.

Personuppgifter samt kodnyckel kommer att förstöras i samband med att studien har blivit godkänt.

I den färdiga studien kommer inga uppgifter att kunna härledas till enskilda personer eller verksamheter (t ex dig och din verksamhet där du arbetar eller dina chefer).

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Din arbetsgivare kommer inte att informeras om du har valt att delta eller inte.

Eventuell risk/nytta

Nyttan med studien är att sjuksköterskors behov av stöd och resurser vid omvårdnad av denna patientgrupp lyfts fram och att detta kan bidra till kunskapsutveckling på eran

verksamhet. Eventuella nackdelar är tidsåtgången till intervjuerna som sjuksköterskorna måste avsätta.

Nytta i ett vidare perspektiv

Genom att delta i studien tillför du kunskaper om hur det är att arbeta som intensivvårdssjuksköterska med patienter som har lätt eller ingen sedering under respiratorvård, vilket kan leda till att rätt stöd och resurser kan sättas in och som kan underlätta för sjuksköterskorna.

Undersökningen kommer att presenteras i form av ett examensarbete/ uppsats vid Mälardalens Högskola. Resultatet kommer att publiceras på DIVA och delges de avdelningar som har medverkat.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av oss eller vår handledare, xx, se nedan.

Med vänliga hälsningar

Namn:

Tel:

E-post:

Namn:

Tel:

E-post:

Handledare:

Tel:

E-post:

Samtycke till att delta i studien, ” Intensivvårdssjuksköterskors behov vid vård av patienter med lätt eller ingen sedering i respirator”

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och haft tillfälle att i lugn och ro läsa igenom informationen och att ställa frågor. Jag får också en kopia på den skriftliga informationen om studien och på detta samtyckesformulär.

Jag är medveten om att deltagandet är helt frivilligt och att jag när som helst, utan att ange orsak, kan avbryta mitt deltagande i studien.

Genom min underskrift samtycker jag till:

- att delta i examensarbetet
- att mina personuppgifter behandlas såsom beskrivits

JA, jag vill delta i studien ” Intensivvårdssjuksköterskors behov vid vård av patienter med lätt eller ingen sedering i respirator”, och jag samtycker till att de uppgifter jag lämnar behandlas på det sätt som beskrivits på föregående sida.

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

BILAGA E INTERVJUGUIDE



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Semistrukturerad intervjuguide

Introduktion

Välkomna deltagaren. Informera om studien. Studiens syfte är att undersöka intensivvårdssjuksköterskors behov av stöd och resurser vid vård av patienter i respirator med lätt eller ingen sedering.

Med lätt eller ingen sedering menar vi patienter som har vakenhetsgrad Rass-2 (Kortvarig, mindre än 10 sekunders vakenhet med ögonkontakt vid tilltal) eller mer vaken/ högre på RASS skalan.

Studien är en magisteruppsats vars resultat kommer att publiceras på Diva-portalen.

Intervjun kommer att vara mellan 30–45 minuter. Den kommer att spelas in med ljudupptagning för att efteråt kunna transkriberas till text.

I den färdiga studien kommer inga uppgifter att kunna härledas till enskilda personer eller verksamheter (t ex dig och din verksamhet där du arbetar eller dina chefer).

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Din arbetsgivare kommer inte att informeras om du har valt att delta eller inte.

Har du några frågor innan vi börjar intervjun?

Cirka 3

minuter

Semistrukturerad intervju

1. Inledning

- a) Kan du presentera dig själv med förnamn, ålder, var du jobbar, hur länge du har jobbat inom vården och hur länge du har jobbat som intensivvårdssjuksköterska? Jobbar du heltid, halvtid eller deltid?

Cirka 2

minuter

2. Introduktionsfrågor

- b) Hur upplever du det är att vårda patienter med lätt eller ingen sedering?

(Följdfrågor)

Vad ser du för fördelar?

Vad ser du för nackdelar?

Cirka 5–10

minuter

3. Övergångsfrågor

- c) Vad upplever du som skillnad mellan att vårda en patient som är tungt eller lätt sederad.

(Följdfrågor)

Vad ser du för fördelar/nackdelar ur ett sjuksköterskeperspektiv-patientperspektiv?

Vad tycker du underlättar vården av patienter med lätt eller ingen sedering?

(Exempelvis tidsåtgång, redskap, information, resurser, rond)

Är det någonting som du saknar i samband med vården av dessa patienter?

Cirka 5–10

minuter

4. Nyckelfrågor

- d) Anser du att du hade tillräckligt med kunskap och kompetens för att vårda patienter med lätt eller ingen sedering på basis av den vidareutbildning du genomfört?

(Följdfrågor)

Saknade du någon kunskap?

Hur mycket av den kunskap du har, har du skaffat dig själv efter utbildningen och börjat arbeta?

- e) Vilka förslag har du för att vården av denna patientgrupp skall förbättras?

(Följdfrågor)

Är det något i vården som du tycker fungerar bra eller som du skulle vilja ha i samband med vården av dessa patienter?

Tycker du att du har tillräckligt med stöd, resurser, tid, information och redskap på arbetsplatsen?

Saknar du något redskap som du sett/ använt eller hört talas om?

BILAGA F ETIKANSÖKAN

Ansökning om etikprövning av examensarbeten på grundnivå och avancerad nivå

Projektets titel: INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERSORS BEHOV AV STÖD OCH RESURSER VID VÅRD AV PATIENTER MED LÄTT ELLER INGEN SEDERING I RESPIRATOR
Sökandes namn:
Utbildningsnivå:
Adress:
Telefon:
E-post:
Medsökandes namn:
Utbildningsnivå:
Adress:
Telefon:
E-post:
Handledares namn:
Telefon:
E-post:
1. Plats/er där projektet skall genomföras (ange inrättning/ar, institution/er, klinik/er):
<p>Vi planerar att skicka inbjudan för studien till enhetscheferna på xxx och xxx. För att komma i kontakt med specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor verksamma inom intensivvården.</p> <p>Valet av dessa två avdelningar skedde då vi inte har någon anknytning till varken avdelningarna eller personalen vilket ger oss mindre förförståelse och som kan påverka vårt resultat.</p>

2. Forskningsproblemet i ett övergripande sammanhang

Vad är problemet?

Tidigare forskning visar att det finns fysiologiska fördelar med att använda sig av lätt eller ingen sedering istället för tung sedering (Lachaine & Beauchemin, 2012). Det blir en större samhällsekonomisk vinst när patienterna är lätt sederade. Med hjälp av en lättare sedering möjliggörs en snabbare urträning från respiratorn samt minskar risken för utveckling av delirium. Ytterligare fördelar är kortare vårdtider och minskade läkemedelskostnader Turunen, H., Jakob, M, S., Ruokonen, E., Kaukonen, K-M., Sarapohja, T., Apajasalo, M. & Takala, J. (2015) och Laerkner, Stroem & Toft. P (2015).

Hur är det ett problem?

Både sjuksköterskor och patienter upplever svårigheter i samband med lätt eller ingen sedering där huvudansvaret ligger på sjuksköterskan att underlätta för patienten (Tingsvik et al., 2013; Laerkner et al., 2015 och Baumgarten & Poulsen, 2015).

Varför är det ett problem och ett viktigt område?

Tidigare forskning visar att intensivvårdssjuksköterskan föredrar att vårda patienter med lätt eller ingen sedering i respirator eftersom det underlättar kommunikationen med patienterna (Karlsson, Forsberg & Bergbom, 2011; Laerkner, Egerod & Hansen, 2015; Tingsvik, Bexell, Andersson & Henricsson, 2013;). Patienters upplevelser av att vårdas med lätt eller ingen sedering innebär ett större beroende av vårdpersonalen och deras engagemang Baumgarten & Poulsen (2015).

Det här är underlaget till vår studie. Studien ska undersöka intensivvårdssjuksköterskors behov av stöd och resurser vid vård av patienter i respirator med lätt eller ingen sedering.

3. Tidigare redovisade resultat inom problemområdet (max 300 ord):

Tidigare forskning beskriver att sjuksköterskor på intensivvårdsavdelningar föredrar att vårda mer vakna patienter under respiratorbehandling. Sjuksköterskorna beskriver att de får ut mer tillfredsställelse av omvårdnaden trots att det blir en mer krävande situation. Detta för att de kan kommunicera med patienten, upprätta en relation och anpassa omvårdnaden efter patienten (Karlsson, Forsberg & Bergbom, 2011; Laerkner, Egerod & Hansen, 2015; Tingsvik, Bexell, Andersson & Henricsson, 2013;).

Laerkner et al., (2015) och Tingsvik et al., (2013) beskriver att det underlättar att patienten är lätt sederad vid moment som exempelvis lägesändring eftersom möjligheten ges att fråga patienten om ställningen är bekväm. Tingsvik et al., (2013) beskriver att sjuksköterskorna måste vara kreativa i samband med omvårdnaden av en intuberad patient som är lätt sederad. Karlsson et al., (2011) beskriver i sin studie att när en intuberad patient försökte göra sig förstådd så stod sjuksköterskan nära tills hen förstod vad patienten ville berätta, sjuksköterskan visade intresse för patienten och för den individ den är. Sjuksköterskorna menar att omvårdnaden således blir mer komplex och krävande, fast att vinsterna med att patienterna är lätt sederade är större.

Laerkner et al., (2015) & Everingham, Fawcett & Walsh (2013) beskriver att sjuksköterskorna är oroliga när patienterna är lätt sederade för att patienterna själva ska extubera sig, vilket kan leda till katastrofala konsekvenser. Sjuksköterskorna i studierna upplevde att lägre sederingsnivå sätter sig emot deras professionella åtagande eftersom de inte upplever att det är förenligt med god omvårdnad eller deras sätt att se på god omvårdnad.

Enligt en studie av Holm och Dreyer (2017) upplevde patienterna att inte ha någon röst gjorde relationen mellan patient och sjuksköterska ojämn och att makten låg hos sjuksköterskan när de skulle kommunicera och vad de skulle kommunicera om. Den ojämna relationen resulterade ofta i att patienterna upplevde att de var mindre värda och förödmjukade som människa.

4. Syfte och frågeställningar:

Syftet med studien är att undersöka intensivvårdssjuksköterskors behov av stöd och resurser vid vård av patienter i respirator med lätt eller ingen sedering.

5. Redogör översiktligt för undersökningsproceduren, datainsamlingen, datas karaktär: (bifoga enkät, intervjuguide etc. samt informationsbrev* till forskningspersonerna).

Först skickas information till Enhetscheferna (på Södersjukhusets intensivvårdsavdelning och Karolinska universitetssjukhuset i Huddinges intensivvårdsavdelning inom Stockholms läns landsting.) om bakgrund, syfte och genomförande av studien. Därefter ombeds enhetscheferna att fråga de medarbetare som kvalificerar sig utifrån inklusionskriterierna vilka som är intresserade av att medverka i studien.

Datainsamling sker genom att intervjua tio specialistsjuksköterskor inom intensivvård med erfarenhet inom området, fem stycken specialistsjuksköterskor inom intensivvård från båda verksamheterna. Detta kommer att ske genom fysiskt möte med ljudinspelning som kommer att transkriberas till text. Analysmetoden som kommer användas är en kvalitativ innehållsanalys.

Vi har gjort en varsin pilotintervju för att pröva våra frågor på vår arbetsplats, testa tidsintervallet och sedan reviderat frågorna efter detta. Intervjuerna kommer att ske på verksamheterna i samband med att personerna arbetar eller i anslutning till arbetspasset, detta för att minimera arbetsbelastning för verksamheten och för att underlätta för deltagarna. Vi kommer att ha en flexibilitet att komma den tid som önskas av de som vill delta. Anledningen till att vi väljer dessa två avdelningar är att vi inte har varit i kontakt med dem sedan tidigare, de arbetar inom rätt verksamhetsområde, och vi har inte någon tidigare anknytning med någon som arbetar på dessa två avdelningar.

Var god se bifogade dokument (informationsbrev till informanter bilaga nr 1 och informationsbrev till enhetschefer bilaga nr 2, Semistrukturerad intervjuguide bilaga nr 3) för ytterligare information av material som kommer användas

6. Hur görs urvalet av forskningspersoner?

Ett informationsbrev ska skickas ut till enhetscheferna på två olika verksamheter (xxx och xxx) se bifogad fil. Detta innehåller information om bakgrund, syfte och genomförande av studien. I informationsbrevet ombeds enhetscheferna till att vidarebefordra informationsbrevet till de sjuksköterskor som stämmer in på inklusionskriterierna samt informera om studien på personalmöte exempelvis Arbetsplatsträff.

Vi erbjuder även att vi själva kan komma och presentera oss och studien på arbetsplatsträffen. De som vill delta i studien och som uppfyller inklusionskriterierna kan via informationsbrevet se våra kontaktuppgifter alternativt ber vi enhetscheferna att återkomma med kontaktuppgifter om intresset för deltagande varit lågt och därefter upprättar vi en direktkontakt med de personerna som vill delta. Riskerna med det sistnämnda alternativet är att cheferna kan handplocka den personal som de själva anser lämpligast på gott och ont.

Deltagare väljs utifrån dessa inklusionskriterier:

- Specialistsjuksköterska inom intensivvård.
- Yrkeserfarenhet som specialistsjuksköterska på enheten i minst 1 år.
- Erfarenhet av omvårdnad av patienter som varit lätt eller djupt sederade under respiratorvård.

Exklusionskriterierna är de som inte uppfyller inklusionskriterierna.

7. Beskriv **var** och **hur** länge datamaterialet kommer att förvaras samt **vem** som har tillgång till datamaterialet:

Vi kommer att genomföra semistrukturerade intervjuer, tio stycken, Fem från vardera enhet med en tidsåtgång på 30 till 40 min. Intervjuerna kommer att spelas in med hjälp av en diktafon.

Ljudupptagningen kommer att transkriberas i textform och kodas. Persondata och kodnyckel för identifiering av intervjumaterial kommer att skrivas ut på dokument och förvaras inlåst på separata platser. Intervjumaterialet kommer skrivas ut i pappersformat, samt sparas på ett USB-minne som förvaras i ytterligare ett låst skåp, ingen obehörig kommer att kunna ta del av materialet. De som kommer ha tillgång till det obearbetade datamaterialet är författarna. Handledaren, opponenterna, seminarieledaren samt examinatorn kan få tillgång till det inför eventuell granskning. Personuppgifter och kodnycklarna kommer att förstöras när examensarbetet blivit godkänt.

8. Beskriv **hur** och **när** informationen ges då forskningspersonen tillfrågas:

Enhetscheferna kommer att tillfrågas om att ge oss godkännande att samla in data på eller vid enheterna för vårt examensarbete (Genom särskilt informationsbrev till enhetschef).

Vid klartecken kommer vi be enhetscheferna att fråga sina medarbetare om de finns något intresse av att delta i studien genom att skicka ut (informationsbrev till informanter) via mail, hänga upp i personalrummet samt informera på personalmöte.

De som visar intresse kan antingen kontakta oss direkt eller via enhetschefen som kan vidarebefordra hens kontaktuppgifter (mailadress) till oss.

Informationsbrev (särskilt informationsbrev till informanter) och samtyckesblankett kommer att skickas ut via e-post innan en eventuell intervju kan genomföras för att uppfylla informationskravet. Se bilaga för informationsbrev och samtyckesblankett till informanter.

9. Beskriv **vem** som frågar, **när** detta sker och **hur** informerade samtycket dokumenteras:

Informationsbrev och samtyckesblankett kommer att skickas ut innan intervjun genomförs, för att ge deltagarna tid att läsa igenom. Intervjuaren kommer i samband med

intervjutillfället först att gå igenom informationsbrevet samt samtyckesblanketten tillsammans med deltagaren, för att därefter skrivas under.

Utformningen på samtycket till att delta i studien beskrivs i bifogade samtyckesblanketten.

När samtyckesblanketten är underskriven kan intervjun starta.

10. Start för datainsamling:

Efter godkänd etikprövning, godkänt från enhetscheferna, deltagarna har fått fullständig information och samtyckesblanketten är underskriven kan datainsamling starta.

11. Referenslista (endast huvudreferenser):

Engström, Å., Nyström, N., Sundelin, G. & Rattray, J. (2012). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study, *Intensive and Critical Care Nursing*, *volym*(29), 88-95, doi: 10.1016/j.iccn.2012.07.003

Everingham, K., Fawcett, T., & Walsh, T. (2013). Targeting sedation: the lived experience of the intensive care nurse. *Journal of Clinical Nursing*, *volym*(23),694-703. doi: 10.1111/jocn.12058

Holm, A & Dreyer, P. (2017)., Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *British Association of Critical Care nurses*, *Volym*(23), 88-94. doi:10.1111/nicc.12297

Karlsson, V., Bergbom, I. & Forsberg, A. (2012). the lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study, *Intensive and Critical Care Nursing*, *volym*(28), 6-15, doi: 10.1016/j.iccn.2011.11.002*

Karlsson.V, Forsberg. A & Bergbom. I. (2011). Communication when patients are conscious during respirator treatment—A hermeneutic observation study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *volym*(28), 197—207, doi: 10.1016/j.iccn.2015.01.005

Laerkner, E., Egerod, I., Hansen, H-P. (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*, *volym*(31), 196–204, doi:10.1016/j.iccn.2015.01.005

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

Laerkner, E., Stroem, & Toft, P (2015). No-sedation during mechanical ventilation: impact on patient's consciousness, nursing workload and cost. *British Association of Critical Care Nurses*. *volym*(21), 28-35. doi: 10.1111/nicc.12161

Lachaine, J. & Beauchemin, C. (2012). Economic evaluation of dexmedetomidine relative to midazolam for sedation in the intensive care unit. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, *volym*(65), 103-110. doi: 10.4212/cjhp.v65i2.1116

Tingsvik, C. Bexell, E. Andersson, A-C. & Henricson, M. (2013). Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients, *Australian Critical Care*, *volym*(26), 124-129, doi: 10.1016/j.aucc.2012.12.005

Turunen, H., Jakob, M, S., Ruukonen, E., Kaukonen, K-M., Sarapohja, T., Apajasalo, M. & Takala, J. (2015). Dexmedetomidine versus standard care sedation with propofol or midazolam in intensive care: an economic evaluation. *Critical Care*, *volym*(19), 19:67. doi:10.1186/s13054-015-0787-y

Ylikangas, C. (2017). Miljö – ett vårdvetenskapligt begrepp. I L. Wiklund & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och metod* (s. 260-280). Lund: Studentlitteratur.

12. Vilken/vilka etiska problem kan aktualiseras av projektet?

De etiska problem som kan uppkomma i samband med detta projekt:

- Synliggöra ett problem som inte tidigare har uppmärksamats. Detta kan sätta press på enhetschefer till förändringsarbete.
- Det kan skapa frågeställningar hos deltagarna i studien, inför hantering av denna patientgrupp.
- Kan skapa arbetsmiljöfrågor i samband med studien.

- Det kan möjligen uppstå en maktobalans mellan intervjuaren och informanten utifrån tidigare utbildningsnivå samt åldersskillnader på deltagare och intervjuare.
- Det kan möjligen uppstå någon etisk obalans på grund av könsskillnad.
- Maktobalans relaterat till erfarenhet inom intensivvård.
- Maktobalans att intervjuas och bli intervjuad.
- Synliggör problem inom enheten som kan påverka negativt, alternativt att personlig kritik eller samtal angående enheten, chefen eller ledningen kommer upp under intervjun.

Studien ska följa de fyra allmänna etiska kraven:

- Informationskravet innebär att forskaren ska informera deltagaren om forskningens syfte.
- Samtyckeskravet innebär att deltagarna i en undersökning har rätt till att bestämma själva över sin medverkan i projektet och avbryta när de vill under tidens gång.
- Konfidentialitetskravet innebär att alla deltagares uppgifter i en undersökning ska ges största möjliga konfidentialitet och att deras personuppgifter ska förvaras på ett sätt så att ingen obehörig får tillgång till dem.
- Nyttjandekravet innebär att man inte använder insamlade uppgifter om enskilda personer i forskningen och att det endast ska användas för forskningens syfte, eller vara granskade av en etisk kommitté

13. Vilka åtgärder har vidtagits för att eliminera eller minska risken för dessa etiska problem?

- Vi kommer att ha semistrukturerade intervjufrågor som formuleras i största möjliga mån på ett neutralt och ej utpekande sätt.
- Vi kommer att intervjuas på en trygg plats för informanten (dess arbetsplats) på dennes villkor, som kan avbryta när som helst.
- Det kommer vara en intervjuare och en informant för att inte skapa maktobalans.
- Informanten kommer att sitta med dörren närmast för att undvika en känsla av instängdhet.
- Vi har en medvetenhet om könsskillnader.
- Undvika samtal om erfarenhetsskillnader i yrket.
- Beskriva att frågorna grundar sig utifrån studiens omfattande problemområde, på vilket vi söker svar.
- Vi kommer att poängtera att examensarbetet syftar till att hjälpa enheterna och dess medarbetare, inte skuldbelägga någon om det skulle visa sig vara ett problem.
- Vi ska följa de fyra allmänna etiska kraven.
- Beskriva förvaring och hantering av allt material.

14. Vilken är den förväntade vetenskapliga och/eller praktiska nyttan av projektet?

- Synliggöra problemområdet, försöka hitta lösningar, likheter i vården, behov som finns för att uppnå en bättre vård.
- Hitta vilken riktning vården skall kunna förbättras genom.
- Sjuksköterskornas upplevelser av patientens upplevelser.
- Förbättringskunskap inom området och kvalitets höja den.
- För att patientens värdighet, rättigheter och vård tillgodoses och behandlas på ett säkert sätt.

- Bidra med ny kunskap för sjuksköterskor, lindra deras oro och tankar kring vården av denna patientgrupp genom att utveckla den evidensbaserade vården, effektiviseras vården samt kanske bidra till nya riktlinjer.

Vidarebefordra resultatet för att synliggöra och offentliggöra de behov och problem som finns inom området för intensivvårdssjuksköterskor, läkargrupper inom intensivvård och även den rikstäckande informanten inom området ANIVA (riksföreningen för Anestesi och Intensivvård).

15. Hur kommer resultaten att offentliggöras:

Studien kommer att publiceras via DIVA portalen, Resultatet kommer även att skickas till respektive enhet, där förmodat intresse finns och vår egen arbetsplats.

16. Övriga upplysningar:

Bilagor:		
Insänt med ansökan	Bilaga nr	Beskrivning
x	1	Informationsbrev och samtyckesblankett informant
x	2	Informationsbrev och tillstånd/samtyckesblankett från Enhetschef
x	3	Semistrukturerad intervjuguide
<p>*Med informerat samtycke menas att de forskningspersoner som ska utfrågas, observeras eller på annat sätt studeras i projektet har informerats om studiens syfte och metod. Informationen ska ges på ett lättillgängligt och förståeligt sätt så att den som informeras förstår konsekvenserna av att delta i studien. Informationen syftar till att den informerade aktivt ska ge sitt samtycke/icke samtycke till medverkan i studien. Den informerade ska också upplysas om att det när som helst är tillåtet att dra sig ur studien oavsett om samtycke har getts i ett tidigare skede.</p>		

Sökandes namnteckning, ort och datum	Handledares namnteckning, ort och datum

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se