

# Patienters upplevelse av att vårdas med invasiv övervakning och behandling -med fokus på empowerment

**FÖRFATTARE**

**Eva Ryrlén**

**Johanna Wermström**

**KURS**

**Examensarbete Avancerad Nivå**

**HT 2010**

**OMFATTNING**

**15 högskolepoäng**

**HANDLEDARE**

**Åsa Axelsson**

**EXAMINATOR**

**Ingalill Koinberg**

**Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa**

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk)	Patienters upplevelse av att vårdas med invasiv övervakning och behandling
Titel (engelsk)	Patient experience of invasive monitoring and treatment
Arbetets art:	Självständigt arbete
Kursbeteckning:	OM5130 Examensarbete för magister i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Författare:	Eva Ryrlén Johanna Wermström
Sidantal:	29
Handledare:	Åsa Axelsson
Examinator:	Ingalill Koinberg

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund.** På hjärtintensivvårdsavdelningen vårdas patienter med akut hjärtsvikt. En behandlingsmetod vid akut hjärtsvikt är aortaballongpumpsbehandling. De patienter som vårdas med aortaballongpump behöver invasiv övervakning i någon form. Patienterna är helt sängliggande under behandlingen och får oftast ingen sedering. De är ofta mycket beroende av vårdpersonalen. Tidigare forskning belyser patienters upplevelse av att vårdas på intensivvårdsavdelningar med fokus på empowerment. Studierna visar att ökad empowerment var en viktig faktor för dessa patienter. Det saknas forskning om hur denna patientgrupp upplever vårdsituationen på hjärtintensivvårdsavdelningen. Kunskap om betydelsen av empowerment kan vägleda sjuksköterskan i arbetet med denna patientgrupp och öka tryggheten. **Syfte.** Syftet var att beskriva patienters upplevelse av att vårdas med IABP och invasiv övervakning på hjärtintensivvårdsavdelning - med fokus på empowerment. **Metod.** Forskningsplan med genomförd pilotstudie. En kvalitativ ansats användes. Två intervjuer analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. **Resultat.** Analysen resulterade i två teman utifrån frågeställningarna. Teman; Att överlämna sig i vårdarnas händer och Brist på makt och återttagande av makt. De två temana utgörs av fyra kategorier som är; anpassning, trygghet, integritet och bunden. **Slutsats.** Resultatet visar att patienterna känner sig trygga med att överlämna sig i vårdarnas händer. Trots att ingen av informanterna tydligt uttryckte maktlöshet vittnar berättelserna ändå om en brist på makt och ett behov

av återtagande av makt. Denna kunskap kan vägleda sjuksköterskan i arbetet med patienter som vårdas med IABP.

**Nyckelord:** Invasiv övervakning och behandling, IABP, empowerment, patient upplevelser

## **Abstract**

**Background:** On the cardiac intensive care unit patients with acute heart failure are treated. One treatment in acute heart failure is aortic balloon pump therapy. The patients who are treated with an aortic balloon pump, need invasive monitoring in some form. The patients are completely bedridden during treatment and often receive no sedation. They are often highly dependent on nursing staff. Previous research highlights the patients' experience of being treated in intensive care with a focus on empowerment. The studies show that increased empowerment was an important factor for these patients. There is no research on how these patients perceive the care situation in the cardiac intensive care unit. Knowledge about the importance of empowerment can guide nurses in working with this population and increase security. **Aim.** The aim was to describe patients' experience of being cared for when treated with IABP and invasive monitoring on a cardiac intensive care unit-with focus on empowerment. **Method.** Research plan with completion of a pilot study. A qualitative approach was used. Two interviews were analyzed using qualitative content analysis. **Results.** The analysis resulted into two themes. Themes: To surrender into the nurse's care and lack of power and gaining power. The two themes consist of four categories: adaption, safety, integrity and bound. **Conclusion.** The results show that patients feel safe to surrender into the nurses' hands. Although none of the informants clearly expressed powerlessness their stories witness a lack of power and a need to take back power. This knowledge can guide the nurse in working with patients who are treated with IABP.

Keywords: Invasiv monitoring and treatment, IABP, empowerment, patient experience

## Innehåll

INLEDNING .....	2
BAKGRUND.....	2
MODERN HJÄRTINTENSIVVÅRD .....	2
BEHANDLING MED AORTABALLONGPUMP .....	3
PATIENTENS VÅRDSITUATION .....	3
TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER .....	4
EMPOWERMENT .....	4
AKTUELLT FORSKNINGSLÄGE .....	7
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING .....	8
FRÅGESTÄLLNINGAR: .....	9
METOD .....	9
URVAL .....	10
DATAINSAMLINGSMETOD .....	10
DATAANALYS.....	12
PILOTSTUDIE .....	13
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	15
RISK/NYTTA ANALYS.....	17
RESULTAT .....	17
TEMA: Att överlämna sig i vårdarnas händer .....	17
TEMA: Brist på makt och återtagande av makt .....	18
METODDISKUSSION .....	20
RESULTATDISKUSSION .....	23
SLUTSATS.....	25
BILAGOR	

## **INLEDNING**

Intensivvård utförs idag inte endast på våra intensivvårdsavdelningar. Patienter i behov av intensivvård förekommer även på andra avdelningar inom slutenvården.

Hjärtintensivvårdsavdelningar vårdar svårt hjärtsjuka patienter i en mycket avancerad teknisk miljö. De patienter som vårdas på hjärtintensivvårdsavdelningar är vakna under vårdtiden och får vid invasiv behandling och övervakning ligga i strikt sängläge, ibland i flera dygn. Den vanligaste diagnosen hos dessa patienter är akut hjärtsvikt som är ett livshotande tillstånd och kräver snabbt omhändertagande. Patienterna har vanligtvis mått väl innan insjuknandet och är inte vana vid att vara beroende av någon annan. Det finns ett behov av kunskap för att få en ökad förståelse för denna patientgrupp. En fördjupad kunskap kan leda till ett bättre omhändertagande.

## **BAKGRUND**

### **MODERN HJÄRTINTENSIVVÅRD**

På senare år har hjärtintensivvården utvecklats till att blir mer tekniskt avancerad. För allmänsjuksköterskan kräver detta fördjupad kunskap inom medicinsk teknik, patofysiologi och omvårdnad, som inte förekommer i grundutbildningen. Detta ställer höga krav på sjuksköterskan i det dagliga arbetet med patienterna.

Invasiv hemodynamisk övervakning innebär att via katetrar, som placeras i artärer och eller vener övervaka blodtryck, hjärtats fyllnadstryck m.m. Med dessa hjälpmedel får vi en uppfattning av hjärtfunktionen och hur den ska behandlas. Den vanligaste orsaken till invasiv övervakning och behandling är akut hjärtsvikt. Med akut hjärtsvikt avses snabbt insättande symtom sekundärt till onormal hjärtfunktion. Symtom kan uppstå utan tidigare tecken på hjärtsjukdom. Detta är ett livshotande tillstånd som kräver snabba åtgärder. Den allvarligaste formen av akut hjärtsvikt benämns kardiogen chock. Kardiogen chock kännetecknas av lågt blodtryck (systoliskt tryck <90mmHg) som leder till otillräcklig organenombloodning. Patienterna är omtöcknade, kallsvettiga, ångestladdade och har mycket nedsatt urinproduktion (Andersson, 2004; Thompson, 1997).

## **BEHANDLING MED AORTABALLONGPUMP**

Användning av IABP (Intra Aortic Balloon Pump) i samband med kardiogen chock eller svår akut hjärtsvikt är en etablerad behandling. Denna behandling kan dramatiskt förbättra hemodynamiken och kan på kort sikt öka överlevnaden jämfört med traditionell behandling (Socialstyrelsen, 2008). Mekaniskt stöd för att hjälpa det sviktande hjärtat används allt oftare inom modern hjärtsjukvård. Vid behandling med aortaballongpump förs en kateter upp i aorta genom arteria femoralis. Slangen är kopplad till en extern pumpkonsoll som fyller och tömmer en heliumballong i takt med hjärtats eget arbete. Ballongen fylls i diastole vilket leder till ökad genomblödning av hjärtats kranskärl och därmed ökad syretillförsel till hjärtmuskeln. Tömning av ballongen sker precis innan systole och leder till ett minskat motstånd för tömning av vänster kammare. På så sätt avlastas vänster kammare och syre och energi behovet minskas (Andersson, 2004; Thompson, 1997).

## **PATIENTENS VÅRDSITUATION**

Att drabbas av akut kritisk sjukdom innebär ofta ett hot mot livet. Vid ankomst till sjukhuset hamnar patienterna i en tekniskt avancerad miljö med högt arbetstempo. Det är en otrygg miljö för patienten och det är sjuksköterskans uppgift att skapa rätt förutsättningar för att patienten skall få en känsla av trygghet. De senaste årtiondena har det uppkommit en ökad förståelse för hur denna miljö påverkar patienterna och att förbättringar av miljön kan påskynda patienternas tillfrisknande (Gonce Morton, Fontaine, Hudak & Gallo 2009).

Patienter som vårdas på en hjärtintensivvårdsavdelning är inte sövda eller intuberade under vårdtiden. Om patienterna är i behov av sedering eller intubering vårdas de på andra intensivvårdsavdelningar. Patienter som vårdas med IABP har strikt sängläge på grund av behandlingen. Eftersom katetern ligger i arteria femoralis finns det risk för allvarlig blödning och rekommendationen från leverantören av pumparna är därför att patienten måste ligga på rygg med maximalt trettio graders vinkel i höften (Arrow International, 2006). Endast korta stunder kan lägesförändringar utföras, beroende på patientens tillstånd. Empiriska data talar för att patienterna kan vara så påverkade av sitt sjukdomstillstånd att små lägesförändringar är för påfrestande för dem. Smärta är ett vanligt problem hos denna patientgrupp. Immobilisering i sig kan vara en orsak till smärtan. Det är viktigt att sjuksköterskan kan identifiera tidiga tecken på smärta hos

patienten eftersom ökad smärta inte bara är obehagligt för patienten utan också belastande för hjärtmuskeln. Smärtlindring kan avlasta hjärtmuskeln, minska sympatikus påslaget och lugna patienten (Gonce Morton et al, 2009). Vårdmiljön på intensivvårdsavdelningen är ofta full av olika ljud från apparater och personal. Behandlingen och sjukdomstillståndet kräver täta kontroller vilket medför störd dygnsrytm och sömnstörningar är vanligt. Sjukdomstillståndet och ryggläget kan leda till en förvrängd rums- och kroppsuppfattning (Granberg, Bergbom & Lundberg, 1998). Patienten befinner sig i en situation där hon/han är helt beroende av vårdpersonalen för att klara sitt dagliga liv. Vårdsituationen kan leda till en känsla av ångest, rädsla, oro och maktlöshet. Ryggläget gör det svårare för patienterna att äta och nutritionsproblem är vanliga. Immobiliseringen och sjukdomstillståndet medför ökad risk för respiratoriska och cirkulatoriska komplikationer (Gonce Morton et al, 2009).

## **TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER**

Watsons teori har sin utgångspunkt inom humanvetenskapen, vilket innebär att människan ses som en unik varelse. Kropp, själ och ande är sammansvetsade för att kunna få en helhetsbild av människan. Humanismen koncentrerar sig på att förstå mänskliga mål och upplevelser. Det är viktigt att ha kunskap om människors olikheter och individuella behov. Naturvetenskapen vilar på metoder, generalisering och förutsättningar utan individuella hänsynstaganden. Watson menar att kunskapen om dessa vetenskapers olikheter och likheter behövs och är viktiga för omvårdnaden. Vårdvetenskapen kan inte förbise mänskliga känslor som lidande, glädje och smärta men den kan inte heller blunda för de naturvetenskapliga metoderna. Sjuksköterskan behöver naturvetenskaplig kunskap samtidigt som hon behöver en humanistisk grundsyn som ska vara under ständig utveckling (Watson, 1985).

Watsons syn på omvårdnad är förenligt med de lagar och föreskrifter som socialstyrelsen utgivit. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall omvårdnad utgå från en värdegrund som vilar på humanistisk människosyn som bygger på helhetssyn och tro på människans inneboende resurser (SFS 1982: 763).

## **EMPOWERMENT**

Det finns mycket forskning kring begreppet empowerment och definitionen kan variera beroende på vilken inriktning forskningen har (McCarthy & Holbrook Freeman, 2007).

Empowerment är ett begrepp som används inom många olika områden och vetenskaper. Detta kan leda till att begreppet kan vara svårtolkat och otydligt. Här är två exempel på översättning av begreppet empowerment från engelska till svenska;

-Egenmakt, att ha makt över sin egen situation, sina arbetsuppgifter, sin närmiljö etc (Soanes & Stevenson, 2005).

-Bemyndiga, sätta i stånd (Danielsson, 1980).

Empowerment kan vara både en process och ett resultat. Övergripande kan empowerment ses som en process där individer, organisationer och samhällen får kontroll över sina egna liv. Begreppet kan inte definieras på endast ett sätt, det behöver definieras av inblandade individer. Det innefattar mer än att bara öka individens självkänsla och självförtroende. Det innefattar även att öka positiva hälsofrämjande beteenden hos en individ och involverar omgivningsförändringar. Empowerment är ett positivt och dynamiskt koncept som fokuserar mer på lösningar än problem och härrör från individens inre styrka, rättigheter och förmåga snarare än behov och tillkortakommanden. Det är en process där människor tillsammans hjälps åt att utveckla sin förmåga att se orsaken till sina problem och att finna en beredskap för dem. I denna process stödjer individer varandra att bemästra sin omgivning och att uppnå självbestämmande. Detta kan uppnås genom att individerna ändrar sitt beteende, sin inställning eller förändringar i sociala strukturer (Gibson, 1991)

Empowerment är ett vedertaget begrepp inom omvårdnadsforskningen och beskrivs ofta utifrån olika patientgrupper. Empowerment är lättare att beskriva i sin frånvaro som då beskrivs som en känsla av maktlöshet, hjälplöshet, alienation, och/eller förlust av kontroll. Inom omvårdnad ses empowerment som en dynamisk process där makt både kan tas emot och ges. Begreppet är i grunden positivt och fokuserar på människans upplevelse av inre kraft, förmåga och styrka. Att patienten är involverad och deltar i beslutsfattandet ökar känslan av empowerment (Wåhlin, Ek, Idvall, 2006; Wåhlin, 2009).

Centralt för begreppet ”patient empowerment” är patientperspektivet. Att vårdas på sjukhus innebär oftast att man blir beroende av andra människor och deras beslut om hur vården ska bedrivas. Detta kan leda till en känsla av maktlöshet och utanförskap.



”Patient empowerment” handlar om patienters möjlighet och rätt att så långt som de förmår och önskar kunna påverka sin vård och egenvård (Björvell, 1999).

Inom hälso- och sjukvården har personalen ansvar för att människors individuella kapacitet och förmåga respekteras och stärks. Sjuksköterskor kan inte ge empowerment till patienter, patienter kan bara skapa sin egen empowerment. Sjuksköterskor kan däremot hjälpa patienter att utveckla och använda de resurser som leder till ökad kontroll och stärkt självkänsla. För att stärka empowerment krävs en ömsesidighet mellan inblandade parter. Relationen kan inte vara ensidig där en part anses underlägsen eller inkompetent och den andra parten överlägsen och mer kompetent. Interaktionen skall vara ömsesidig och till nytta för båda parter. Samarbete och förtroende är nödvändiga inslag i denna process. För att stärka patienternas empowerment ställs det krav på sjuksköterskan att förstå sin egen roll. Hon/han behöver egna resurser såsom mod, engagemang, intuitiv förståelse, flexibilitet, förmåga att uppskatta olikheter, tolerans, samarbetsförmåga, empati och att vara villig till kompromisser. Sjuksköterskor måste vara beredda att omvärdera sina egna antaganden om vad som är lämpligt för patienten och acceptera att patienten har en annan åsikt om vad som är bäst för honom/henne (Gibson, 1991).

Varje människa har potential att uppnå empowerment, den kan beskrivas som en beslutsfattande process mellan individen och dess omgivning. Den kan uppstå genom ömsesidighet, aktivt lyssnande och individualiserad kunskap. Involverade parter måste vara motiverade i processen. Önskat resultat av stärkt empowerment är att patienten får kontroll över sin situation och uppnår autentiskt självbestämmande (Ellis-Stoll & Pokess-Vawter, 1998).

Wählin (2009) utvecklar begreppet empowerment utifrån patient perspektivet inom intensivvården, det innefattar ett behov av att stärka och stimulera patientens livsglädje och kämparglöd. En positiv miljö stärker känslan av värde och ger ökad motivation. Det är av intresse att undersöka hur patienterna upplever sin vårdssituation inom hjärtintensivvård och hur sjuksköterskan kan stödja patienterna till ökad empowerment i samband med invasiv övervakning och behandling.

## **AKTUELLT FORSKNINGSLÄGE**

Efter granskning av forskningsläget, angående patienters upplevelser av vårdtiden vid invasiv behandling och övervakning framkommer det en del forskning inom intensivvården. Det saknas forskning om hur patienter upplever behandling med IABP. I de flesta artiklarna från intensivvården används kvalitativ metod med en fenomenologisk ansats och då har datainsamling skett med öppen intervjuform. Några artiklar använder sig även av kvantitativ metod och använder då ett speciellt frågeformulär. Litteratursökningen gjordes i Databaserna Cinahl och Pubmed. Vi använde endast artiklar skrivna på engelska. Sökorden som användes i olika kombinationer var; ”empowerment”, ”patient empowerment”, ”nurse relations”, ”ICU”, ”critical illness” ”patient perspective” ”critical care” ”intensive care” och ”patient experience”. Litteratursökningen resulterade i nio artiklar som var relaterade till det aktuella problemområdet.

Almerud, Alapack, Fridlund och Ekebergh (2007) beskriver att patienternas förmåga att kommunicera ofta var nedsatt. Dygnsrytmen var ofta störd. Patienterna betonade vikten av kontinuitet under vårdtiden och lugnt bemötande av personalen. Detta minskade oron hos patienterna. Studier av Hofhuis et al (2008) och McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell och Hudson (2002) visar att minskad oro och rädsla gjorde att patienter kunde fokusera mer på sitt tillfrisknande. Det var stärkande att identifieras som en person och inte bara som en patient. Enligt Hofhuis et al (2008) ökade känslan av maktlöshet om patienterna fick vänta länge på hjälp av personalen.

I några studier (Granberg et al, 1998; Johnson, 2004; Russel, 1999) framkom att relationen till sjuksköterskan var en viktig faktor. När patienterna hade en djupare relation till sjuksköterskan kände de sig trygga och kunde vara sig själva. I Granbergs (1998) och Russels (1999) studier var den tekniska vårdmiljön kring patienten betydelsefull. Några patienter kunde känna sig stressade av tekniken och de började fundera på hur allvarligt sjuka de var. Russels studie (1999) visar även att patienternas känsla av empowerment minskade om personalen samtalade om sitt privatliv i närheten av dem.

Enligt Hofhuis et al (2008) och Almerud et al (2007) kände sig patienterna som paket, oförmögna att resa sig eller stiga upp. De var ofrivilligt beroende av personalen och apparaturen. När obehörig personal kom in på vådrummet minskade patienternas känsla av empowerment. Enligt Granberg et al (1998) ökade känslan av hjälplöshet pga. det obligatoriska sängläget och att vara kopplad till maskiner.

Angående närståendes delaktighet i omvårdnaden beskriver Johnson (2004) att de ökade patienternas känsla av empowerment. De fungerade som stöd och tröst för patienterna. Närstående ökade även patienternas motivation att kämpa vidare (Wåhlin, 2009). Patienterna upplevde att deras närstående hjälpte dem att behålla en verklighetsförankring (McKinley et al, 2002) samt att de stärkte viljan att överleva (Almerud et al, 2007).

Otydlig och osammanhängande information till patienterna ledde till ökad rädsla som minskade deras känsla av empowerment (Christensen & Hewitt-Taylor, 2007). Sammanfattningsvis framträder fyra huvudområden som har betydelse för känslan av empowerment. Patienterna beskriver betydelsen av kommunikation och relationen med sjuksköterskan, betydelsen av vårdmiljön, betydelsen av närstående och betydelsen av kunskap och information.

Enligt vår kännedom finns det bara en artikel (Levin & Piper, 2007) med syfte att utforska patienters känsla av empowerment inom hjärtintensivvården. Den studien använde sig av en kvantitativ metod. Det framkom att i akutskedet av insjuknandet var det viktigast för patienten att få ett snabbt omhändertagande och professionellt bemötande. Empowerment var inte lika viktigt. Författarna har inte klarlagt vilka patienter som deltog i studien mer än kön och ålder. Det saknas empiriska studier inom hjärtintensivvården som beskriver patienters upplevelser av invasiv behandling och övervakning.

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING**

Syftet med denna studie är att belysa patienters upplevelse av att vårdas med IABP och invasiv övervakning på en hjärtintensivvårdsavdelning - med fokus på empowerment

## **FRÅGESTÄLLNINGAR:**

- Hur upplever patienten vårdsituationen?
- Finns det tillfällen då patienten känner maktlöshet?

## **METOD**

I metodavsnittet presenteras först forskningsplanen och därefter vår pilotstudie som utfördes för att testa metoden inför den kommande och mer omfattande studien.

Eftersom frågeställningen i denna studie belyser patienters upplevelser lämpar sig en kvalitativ metod. Kvalitativ forskning riktas mot människors verklighet så som den upplevs. Data skall sedan tolkas av forskarna och mynna ut i ny kunskap. Detta är grunden för humanvetenskapen (Polit & Tatano Beck, 2008; Graneheim Hällgren & Lundman, 2008). Enligt Alvesson och Sköldberg (2008) beaktar och fokuserar kvalitativ forskning på öppen mångtydig empiri. Metoden utgår från studiedeltagarnas perspektiv, kvalitativ forskning är kontextbunden och forskaren försöker förstå deltagarens livsvärld. Forskaren studerar saker i deras naturliga omgivning och försöker förstå eller tolka fenomen utifrån den innebörd som människor ger dem.

Två grundelement kännetecknar den reflekterande forskningen, tolkning och reflektion. Tolkning är i centrum för forskningsarbetet och det kräver noggrann medvetenhet om teoretiska antaganden, språket och förförståelsens betydelse. Reflektion vänder sig mot forskaren själv, systematisk reflektion på olika nivåer gör att tolkandet kan uppnå så hög kvalitet att empirisk forskning kan få ett värde. Reflektion kan definieras som ”tolkning av tolkning” (Alvesson & Sköldberg, 1994).

Det finns flera olika ansatser inom kvalitativ metod, i denna studie har vi valt att använda oss av kvalitativ innehållsanalys. Att förutsättningslöst analysera texter innebär att forskarna har ett induktivt förhållningssätt. Vid ett deduktivt förhållningssätt utgår forskarna vid analysarbetet, ifrån en i förväg utarbetad teori. Kvalitativ innehållsanalys gör det möjligt att använda både deduktiv och induktiv ansats (Graneheim Hällgren & Lundman 2008).

Kvalitativ innehållsanalys kan användas vid intervjuer för att granska och tolka texter. Inom den kvalitativa forskningen är det den ”subjektiva” upplevelsen, som är

vägledande. Därför är det viktigt att texten som bygger på människors upplevelser ses i sitt sammanhang. Tolkningen görs med en medvetenhet om intervjupersonernas historia, livsvillkor och kultur. Det innebär att flera olika tolkningar kan vara giltiga även om analysen gjorts på samma text. Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll. Dessa skillnader och likheter utformas till kategorier och teman (Graneheim Hällgren & Lundman, 2008; Krippendorff, 2004).

## **URVAL**

I kvalitativa studier är det viktigt att få så stor variation som möjligt i urvalet. Variationen ska dock inte vara så att mer än någon enstaka person är ”avvikande”. Det antal som ska intervjuas ska vara begränsat så att inte materialet blir ohanterligt eller att det blir svårt att urskilja detaljer ur textmassan. Det är viktigare med ett fåtal väl genomförda intervjuer än flera mindre väl genomförda (Troost, 2010).

Vi har planerat att intervjua 10 – 15 patienter som har vårdats med IABP på en hjärtintensivvårdsavdelning. Informanterna skall ha behandlats med aortaballongpump i minst ett dygn under vårdtiden. De skall ha varit utskrivna sedan minst en vecka tillbaka men för maximalt 1 år sedan. Exklusionskriterier för studien är patienter med psykisk sjukdom, demenssjukdom och patienter som inte är svensktalande. För att få en naturlig variation i vårt urval har vi valt att inte göra några begränsningar i kön eller ålder på informanterna. Eftersom det finns så få patienter tillgängliga så kommer vi att försöka tillfråga alla patienter som vårdats med IABP, undantaget de som uppfyller exklusionskriterierna. Enligt Polit och Tatano Beck (2008) kallas detta bekvämlighetsurval.

## **DATAINSAMLINGSMETOD**

Genom journalgranskning kommer studiedeltagare som uppfyller inklusionskriterierna att utses. En forskningspersonsinformation (Bilaga 1) skickas ut till valda informanter. Av brevet framgår att patienterna själva kan avgöra om de vill bli intervjuade i hemmet eller på sjukhuset i lämplig lokal. Efter en vecka kontaktas de per telefon, muntlig information lämnas om frivillighet att delta i studien och samtidigt tillfrågas informanten om deltagande. Vid samma tillfälle ges möjlighet till att ställa frågor om studien och få dem besvarade. Skriftligt medgivande till deltagande i studien inhämtas

vid intervjutillfället. För att få en förståelse för patienters upplevelse av vårdtiden med IABP skall vi använda oss av en semistrukturerad intervju som datainsamlingsmetod.

Polit och Tatano Beck (2008) menar att intervjuer med öppna frågor ger informanten mer frihet att uttrycka sig. Detta ger ett rikare och djupare innehåll om fenomenet som studeras. En låg grad av standardisering och strukturering är att föredra vid intervju med kvalitativ ansats (Trost, 2010).

Till hjälp vid intervjun har vi en intervjuguide (Bilaga 2) med några få frågeområden som täcker studiens syfte. Syftet med intervjuguiden är att fungera som stöd för den som intervjuar och samtidigt ge följsamhet till informantens skildring. Den som skapar intervjuguiden ska vara väl insatt i ämnet som intervjun berör samt vara väl förtrogen med syfte. (Trost, 2010).

Det är vårt ansvar som intervjuare att skapa ett tillåtande klimat så att informanten kan känna sig trygg (Polit & Tatano Beck, 2008). Intervjuerna kommer att genomföras av båda författarna. Respondenterna informeras om att en av oss leder samtalet medan den andre observerar. I slutet av intervjun ges möjlighet för den observerande parten att ställa kompletterande frågor till det som redan framkommit. Patienterna får frågan om hur de upplevde vårdssituationen och får sedan med egna ord beskriva sina upplevelser. När intervjuaren tycker att något i berättelsen behöver förtydligas uppmanas patienten att utveckla detta ytterligare. En fördel med att båda författarna deltar i intervjun är att de kan komplettera varandra. Direkt efter varje intervjugörs anteckningar utifrån våra reflektioner (Trost, 2010). Datainsamlingen sker med hjälp av digital inspelning och beräknas pågå mellan en halv till en timma. Intervjuerna skrivs ner ordagrant och omvandlas till skriftspråk, dvs transkriberas.

Tillförlitligheten i resultatet är till stor del beroende av kunskapen och kompetensen hos datainsamlaren. Det är viktigt att datainsamlaren har en god kunskap inom det ämne som ska analyseras. Datainsamlingen påverkas av vilken utbildning och erfarenhet datainsamlaren har. Det är viktigt med tydliga riktlinjer om tillvägagångssättet (Graneheim Hällgren & Lundman, 2008; Downe-Wamboldt, 1992).

## DATAANALYS

Vi har valt att använda kvalitativ innehålls analys så som den beskrivs av Graneheim Hällgren och Lundman (2004), för att analysera insamlad data. Vi kommer att fokusera på den manifesta innehållsanalysen vilket innebär att vi fokuserar på det ”synliga” och ”uppenbara” i texten. Det sker dock även tolkning i denna metod men kanske inte lika djupt som vid latent innehållsanalys (Graneheim Hällgren & Lundman, 2004).

Kvalitativ innehållsanalys kan alltså genomföras på olika abstraktions- och tolkningsnivåer (Graneheim Hällgren & Lundman, 2008). Kvalitativ innehållsanalys är kontextbunden och måste ta hänsyn till den miljö som data insamlats ifrån (Downe-Wamboldt, 1992).

Intervjun skall skrivas ut ordagrant och texten jämförs sedan med den inspelade intervjun. De händelser eller icke verbala uttryck som förekommit under intervjun sammanförs med texten. Efter den initiala läsningen av texten som genomförs flera gånger, är vi lika delaktiga i analysprocessen. Den upprepade genomläsningen av texten gör att vi får en känsla av helheten. Delar av texten markeras och utgör underlag för den fortsatta processen (Polit & Tatano Beck, 2008). Analysprocessen utförs i flera steg. Första steget är att välja analysenhet, vilket i vår studie motsvarar den data som svarar mot syftet (Graneheim Hällgren & Lundman, 2004; Downe-Wamboldt, 1992). Därefter identifieras meningsenheter. Meningsenheterna, som är stycken eller ord i texten som hör ihop, kondenseras för att göra texten mer lätthanterlig, utan att det väsentliga går förlorat. Det kondenserade materialet kodas därefter. De koder som har ett liknande innehåll samlas i kategorier. Sista steget i processen är en tolkning av de kategorier som framkommit. Då skall teman skapas som fungerar som en röd tråd genom resultatet och reflekterar syftet i studien (Graneheim Hällgren & Lundman, 2004).

Krippendorff (2004) betonar att kategorierna måste vara skilda från varandra i innehåll. Det innebär att inga data ska kunna passa i två olika kategorier. Det får inte heller finnas material som inte passar i några kategorier alls. Då måste analysen göras om för detta material får inte exkluderas ur studien.

Båda författarna har erfarenhet av att vårda patienter i denna vårdsituation vilket innebär att vi har en förförståelse för fenomenet. Vi anser att vi aldrig helt kan utesluta vår egen

förförståelse och att resultatet kan påverkas av den. Medvetenhet och reflektion kring vår förförståelse under hela studiens gång ökar dock tillförlitligheten till resultatet (Graneheim Hällgren & Lundman, 2008). Forskarens förförståelse är en viktig del i analysprocessen. Vid en intervju skapas ett samspel mellan informant och intervjuare och detta samspel innebär att författaren är en medskapare av den text som sedan skapas. Detta leder till att resultatet inte kan ses som oberoende av forskaren (Graneheim Hällgren & Lundman, 2008).

## **PILOTSTUDIE**

Polit och Tatano Beck (2008) menar att det krävs god kunskap och mycket arbete för att kunna genomföra forskning med god vetenskaplig kvalitet. Det rekommenderas att göra en pilotstudie innan en fullskalig studie genomförs. En pilotstudie är ett förarbete, vars syfte är att testa vald metod för att höja kvalitén på den kommande studien.

I enlighet med Polit och Tatano Becks (2008) rekommendation utförde vi en pilotstudie för att testa den valda metoden innan vår fullskaliga studie genomförs.

Verksamhetschefen godkände att vi fick tillgång till det kvalitetsregister där patienter som vårdats med IABP registreras. Vi valde ut fyra informanter som vårdats med IABP. Dessa kontaktades via telefon innan forskningspersonsinformation (FPI) skickades ut. En informant tackade nej direkt vid telefonsamtalet, en gav sitt samtycke till studien direkt utan att vilja läsa FPI:n innan. De andra två informanterna samtyckte till att delta i studien efter att de läst igenom FPI:n. Vid telefonkontakten informerades informanterna muntligen om studiens syfte och att deltagandet var frivilligt. De fick även information om att de kunde avbyta deltagandet när som helst utan att ange skäl. I samråd med patienterna bestämdes det att två av informanterna ville bli intervjuade i hemmet. En informant ville intervjuas på sjukhuset i en lokal som inte låg i närheten av avdelningen där han hade vårdats.

Intervjuerna genomfördes sex till nio månader efter att informanterna vårdats med IABP. Intervjuerna pågick ca 25 minuter och spelades in digitalt. En av tre intervjuer fick uteslutas på grund av att informanten hade varit sövd under IABP behandlingen. Innan varje intervju informerades informanten igen om studiens syfte och att de kunde avbryta när de ville. Skriftligt samtycke erhöles innan intervjuens början.



Båda författarna medverkade under intervjun. En genomförde intervjun medan den andra observerade. I slutet av intervjun kunde författaren som observerade ställa kompletterande frågor till informanten. Efter varje intervju noterades direkta reflektioner som uppkommit i samband med intervjun, för att sedan kunna användas i analysen (Trost, 2010). Varje intervju började med en fråga om hur informanten upplevde att vårdas med IABP. Informanten fick med egna ord berätta om sin upplevelse. Intervjun styrdes med hjälp av intervjuguiden (Bilaga 2), som var uppdelad i olika frågeområden. Följdfrågor så som ”kan du beskriva mer” eller ”hur menar du då” ställdes för att få ett djup i berättelsen (Polit & Tatano Beck, 2008). Intervjun avslutades med frågan ”är det något mer som du vill berätta, som vi inte tagit upp redan?”.

Intervjuerna transkriberades. Varje intervju lästes igenom flera gånger för att få en känsla av helheten. Författarna lyssnade även igenom intervjuerna tillsammans och jämförde med texten. Därefter påbörjades analysprocessen enligt Graneheim Hällgren och Lundman (2004). Första steget i analysprocessen var att markera data i texten som motsvarade våra frågeställningar och syfte. Vi hade två frågeställningar och valde att börja analysen utifrån frågeställningen ”Hur upplever patienten vårdssituationen?” Text som motsvarade denna frågeställning markerades med gul färg. Den markerade texten motsvarade analysenheten i intervjun. Ur den markerade texten framkom meningsenheter som därefter kondenserades. Ur de kondenserade meningsenheterna abstraherades innehållet och kodades. Därefter upprepades processen utifrån den andra frågeställningen ”Finns det tillfällen då patienten känner maktlöshet?”. Den texten markerades med lila. Varje intervju analyserades för sig. När alla koder var klara för varje intervju och frågeställning sammanfördes koderna i kategorier baserat på likheter och skillnader. För att tydliggöra resultatet redovisas det utifrån de olika frågeställningarna och redovisas i tabell 1 och 2.

**Tabell 1.** Utifrån frågeställningen ” Hur upplever patienten vårdsituationen?”.  
Exempel på koder, kategorier och tema som framkom under analysprocessen.

TEMA	Att överlämna sig i vårdarnas händer					
Kategori	Anpassning		Trygghet			
Kod	Trötthet	Förtröstan	Övervakad	Tillit	Smärtlindring	Bekräftelse
<b>Kondenserad meningsenhet</b>	P ville blunda och sova  Kände sig trött  Kände sig matt	Man är inte som vi är nu.  Man är inte vaken och pigg, tänkte att man fixar det. Utan problem.	Någon hade koll på P  Känner sig trygg så länge som P ligger ensam	Man litar på att det fixar sig  Visste att han fick det som han ville ha	P fick tillräckligt med smärtlindring  Fick mycket smärtlindring	Personalen frågade hur P kände sig  Sjuksköterskan frågade hur det var när P vaknade. Det kändes bra

**Tabell 2.** Utifrån frågeställningen ” Finns det tillfällen då patienten känner maktlöshet?”. Exempel på koder, kategorier och tema som framkom under analysprocessen.

TEMA	Brist på makt och återtagande av makt			
Kategori	Bunden		Integritet	
Kod	Dunkande i kroppen	Rörelseinskränkning	Sjävbestämmande	Delaktighet
<b>Kondenserad meningsenhet</b>	Kände inget men det lät och dunkade på något sätt  När de tog bort den blev det skönt alldeles tyst	Det var viktigt att ligga still, det är inte lätt  Hade sladdar som lossnade. När man försökte vrida sig så fastnade de i sängkläderna	Det var viktigt att äta utan hjälp  Det är roligt att träffa närstående men bara en kort stund	Ifrågasätter allting vilket många uppskattar. Då vet jag vad de ska göra med mig

## FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Inför denna studie har vi fördjupat oss i de forskningsetiska regler som finns angivna på internationell nivå (Helsingforsdeklarationen, 2008; American Nursing Association (ANA), 2001). Lagen om etikprövning av forskning på människor (SFS 2003:460),

gäller samtliga forskningsområden, såväl humanvetenskapen som naturvetenskapen. Grundläggande för denna lag är att forskningen bara får godkännas om den kan utföras med respekt för människovärdet och att mänskliga rättigheter och grundläggande friheter alltid ska beaktas vid etikprövningar.

Det humanistiska- och samhällsvetenskapliga rådet( HSVR) (2002) har utgivit, forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Den innehåller fyra huvudkrav som beskrivs nedan samt hur vi har förhållit oss till dem i studien.

Enligt informationskravet skall de berörda studiedeltagarna informeras om syftet med forskningen. I forskningspersonsinformation beskriver vi syftet med så enkla ord som möjligt för deltagarna, för att de skall veta vad de förväntas prata om under intervjun. Detta gör att de kan förbereda sig inför intervjun och reflektera över sina upplevelser. För att deltagarna lätt skall kunna nå de ansvariga för studien finns deras namn och telefonnummer med i forskningspersonsinformation . Det framgår tydligt att allt deltagande är frivilligt och att de när som helst under studien kan avbryta utan att förklaring krävs. Innan studien kan påbörjas krävs det samtycke från informanterna. Informanterna skall informeras om att alla uppgifter som de lämnar ut är sekretessbelagda och förvaras på ett sådant sätt att inga obehöriga får tillgång till dem. Uppgifter om deltagarna får endast användas i forskningsprojektet. Datainsamlingsmaterialet aidentifieras för att minska risken att deltagarnas identitet röjs (HSV, 2002).

Som tidigare beskrivits utförde vi en pilotstudie under pågående avancerad kurs på universitetet. Etikprövningsnämnden kräver inte att student arbeten prövas, men en forskningspersonsinformation utformades och godkändes av ansvarig kursledare innan den skickades ut till studiedeltagarna. Inför den fullskaliga studien kommer en etisk ansökan att lämnas in till etikprövningsnämnden.

Författarna valde att kontakta informanterna i pilotstudien via telefon innan en FPI skickade ut. Detta gjordes för att skapa en personlig kontakt och ge informanterna möjlighet att ställa frågor direkt. Informanterna fick möjlighet att själva välja var de ville bli intervjuade. De informerades om att båda författarna skulle vara närvarande

under intervjun. Författarna upplevde aldrig under intervjuerna att informanterna kände sig i underläge även om det fanns risk för ojämn maktbalans (Trost 2010). Båda intervjuerna utfördes i informanternas hem vilket vi tror ökade känslan av trygghet.

### **RISK/NYTTA ANALYS**

Under intervjuerna var vi medvetna att de kunde väcka olika känslor hos deltagarna. Dessa känslor kan vara både positiva och negativa. Intervjuaren var beredd på att deltagarna kunde behöva avbryta intervjun om känslorna blev för svåra att hantera för dem. Det gavs utrymme för detta och möjlighet för uppföljningssamtal om det behövdes. Intervjun kan även medföra positiva känslor. Att deltagarna får ”prata av sig” om det som de upplevt och känna att någon är intresserad över vad de gått igenom. En annan positiv sak är vetskapen om att deltagarna bidrar med något som kan öka kunskapen hos vårdpersonalen och därigenom hjälpa framtida patienter som genomgår samma behandling (Polit & Tatano Beck, 2008).

### **RESULTAT**

Vi presenterar resultatet i löpande text utifrån våra två frågeställningar. Citat från informanterna används för att åskådliggöra resultatet.

#### **TEMA: Att överlämna sig i vårdarnas händer**

Utifrån frågeställningen om hur patienten upplever vårdsituationen i samband med IABP behandling framkommer ett tema som är; *att överlämna sig i vårdarnas händer*. Det utgörs av två kategorier som är; *anpassning och trygghet*.

#### **Kategori: Anpassning:**

Patienterna påverkades av miljön runt omkring sig. De beskrev både positiva och negativa upplevelser. Ett sätt för patienterna att hantera situationen var att anpassa sig och acceptera behandlingen. Trötthet var ett framträdande symtom och tröttheten gjorde att de bara lät saker ske. Att låta andra ta över och bestämma var positivt för patienterna och det ingav dem en känsla av hopp om att allt skulle bli bra.

P2: ” Alltså, man blir väldigt matt, det blir så.”

P1: ”Man känner sig ju så trött. Man låg ju bara och slöade. Det gjorde ju egentligen ingenting att man var trött.”

P1: ” Det var ju bara att finna sig, vad ska man göra? Det blir ju inte bättre av att man sätter igång att gny. Nej.”

**Kategori:** Trygghet

Patienterna uttryckte att de kände sig tryggare när de vårdades på enkelsal. Denna trygghet minskade då de blev förflyttade till flerbäddsrum efter att IABP behandlingen var avslutad. Att vårdas på enkelrum innebar att de var ständigt i vårdarens fokus och att ha en sjuksköterska närvarande hela tiden ökade trygghetskänslan. Adekvat smärtlindring var också en viktig faktor för att känna sig trygg.

P2: ” Egentligen ingenting, de är väldigt goa, när man är där inne va, det är skillnad när man kommer ut på salar sedan, men just av den personalen blir man väldigt omhuldad.”

P2: ” Jag somnade fastän hon satt jämte mig. Så vaknade jag till och så frågade hon hur det var och allting, om det var bra. Det var jättefint.”

E: ” Fick du den smärtlindring du behövde?”

P1: ”Ja, absolut. Jag tyckte det var fantastiskt. Jag undrar nästan vad de gjorde.”

**TEMA: Brist på makt och återtagande av makt**

Utifrån frågeställningen om patienten någon gång under behandlingen med IABP kände maktlöshet framkommer ett tema; *brist på makt och återtagande av makt*. Detta tema innefattar två kategorier; *Bunden och Integritet*.

**Kategori:** Bunden

Patienterna beskrev inte i ord att de kände sig bundna, men de uttryckte en befrielse när IABP avvecklades. De upplevde något oljud i form av dunkande i kroppen när pumpbehandlingen pågick. Tystnaden som uppstod när pumpen avvecklades upplevdes som positivt. Provtagning ansågs vara ett nödvändigt ont. Att ligga still var också en del i behandlingen men upplevdes som svårt och obehagligt.

P1: ” Jag kallade tjejerna för ”systrarna stick”. Nej, det gillade jag inte, så skulle de spolas. Men det var ju tvunget.”

P1: ” Ja, det var väl lite oljud där du vet va, så när de tog bort kändes det väldigt skönt, alldeles tyst. Man uppfattade den som något dunkdunk i hela kroppen eller vad man ska säga.”

P2: ” Hon var väldigt jättetrevlig, men hon var väldigt enveten om att jag skulle ligga still. Det är inte lätt. ”

**Kategori: Integritet**

Patienterna upplevde att det var viktigt att klara sig själva i den utsträckningen det var möjligt. Att äta själva och bestämma när anhöriga fick komma och gå var positivt.

P2: ” Jag vill väl inte att någon matar mig när jag kan äta själv. ”

P2: ” Ja, det var det första de ville hjälpa mig med va, men jag sa det att det klarar jag själv. Jag solade lite grann men det får bli.”

P2: ” Det är ingen som får stanna hos mig på sjukhus. Det är väldigt roligt att se dem men det är väldigt roligt när de går igen. Det är så när man inte mår bra.”

Tabell 3-4: *Illustration över teman, kategorier och koder ur resultatet.*

Koder	Kategorier	Tema
Dunkande i kroppen	Bunden	Brist på makt och återtagande av makt
Rörelseinskränkning		
Självbestämmande	Integritet	
Delaktighet		

Koder	Kategorier	Tema
Trötthet	Anpassning	Att överlämna sig i vårdarnas händer
Förtröstan		
Övervakning	Trygghet	
Smärtlindring		
Bekräftelse		
Tillit		

## DISKUSSION

### METODDISKUSSION

Syftet med pilotstudien var att testa vald metod. Vi anser att metoden som användes var ändamålsenlig. En fördel med kvalitativ innehållsanalys är att den kan anpassas till datamaterial av olika kvalitet och till forskarens erfarenhet och kunskap (Graneheim Hällgren & Lundman, 2008).

Genom att söka i ett kvalitets register, där uppgifter registrerats om alla patienter som vårdats med IABP under innevarande år, fick vi fram namn och personnummer på tänkbara informanter. Därefter gick vi igenom data från patienterna i registret för att se om de kunde inkluderas i studien. Resultatet av denna genomgång visade att vi endast kunde inkludera fyra av 28 patienter i studien. Anledningen till detta stora bortfall var att majoriteten av patienterna hade avlidit i samband med behandlingen eller efteråt. Under en intervju framkom det dessutom att en informant inte mindes något ifrån tiden då han behandlades med IABP, eftersom han varit sövd. Vi har därför i efterhand exkluderat den intervjun ur studien eftersom vi inte kan använda oss av hans berättelse då den inte uppfyller syftet till studien. Det är vår förhoppning att inför den fullskaliga studien kontakta informanterna redan på avdelningen när de vårdats med IABP. Vid den första kontakten på avdelningen informeras de om studien och får då möjlighet att tänka igenom om de vill delta. Informationen kommer att ges av någon av författarna.

Ett urvalskriterium var att patienterna skulle ha vårdats med IABP i minst ett dygn. Om vi hade utökat den tiden till minst två dygn tror vi att vi hade kunnat få en innehållsrikare berättelse och att resultatet hade kunnat bli annorlunda. Vi valde att

endast intervjua svensktalande patienter eftersom vi tror att vi får en mer exakt beskrivning av upplevelsen då. En tolk tror vi hade fungerat som ett filter av patienternas berättelser och därför hade inte beskrivningarna av upplevelserna varit helt exakt.

Vi valde att kontakta informanterna via telefon innan forskningspersonsinformationerna skickades ut, för att se om intresse fanns att delta. Av de fyra informanterna som kontaktades via telefon var det en som inte var intresserad alls, en som var tveksam men ville ha den skriftliga informationen och tänka igenom det samt två som sa ja direkt. Efter att vi skickade ut forskningspersonsinformationerna ville informanten som tidigare varit tveksam delta.

Under intervjuerna använde vi oss av en intervjuguide (Bilaga 2). Intervjuguiden var uppdelad i några huvudfrågor och frågeområden, som svarade mot vårt syfte. Frågeområdena utformades efter granskning av tidigare forskning inom området. Genom att redovisa intervjuguiden ökar trovärdigheten av resultatet enligt Trost (2010). Intervjun började med en huvudfråga där vi bad patienten att berätta med egna ord om sin upplevelse av att vårdas med aortaballongpump. Sedan kunde vi med hjälp av våra frågeområden och följdfrågor försöka få patienten att utveckla sin berättelse. Detta för att få en så djup och bred berättelse om deras upplevelse som möjligt. Under alla tre intervjuer var det svårt att få informanten att berätta ingående om sin upplevelse. Frågorna styrdes av vad informanten sa och såg därför olika ut i de olika intervjuerna. Detta kan bidra till att det kan vara svårt att upprepa intervjun helt efter intervjuguiden. Kvale (1997) menar att det förekommer olika typer av informanter. Vissa tycks vara mer motiverade och vältaliga än andra. Intervjuaren måste motivera alla informanter till att ge en så kunskapsrik intervju som möjligt även om vissa personer kan vara svårare att intervjua än andra. Inför den fullskaliga studien kan intervjuguiden behöva justeras. En av frågorna i intervjuguiden var: Kände du dig någon gång maktlös? Ingen av patienterna svarade att de upplevt maktlöshet, men i deras berättelser framkommer information som enligt oss tolkas som maktlöshet. Anledningen till detta tror vi beror på att ordet maktlöshet tolkas annorlunda av informanterna än av oss. Inför den fullskaliga studien kommer vi att formulera om denna frågeställning. Enligt Kvale (1997) så är intervjuaren själva forskningsverktyget. En bra intervjuare ska ha så god kunskap om ämnet för intervjun som möjligt och om mänskligt samspel. Vi anser att vi har god



erfarenhet av ämnet som belyses men att intervjutekniken är under utveckling och att vi lärde oss mycket av intervjuerna vi genomförde.

Av samma anledning valde vi att vara två intervjuare. Vid två intervjuer var J. intervjuare och E. observatör och vid den tredje intervjun var E. intervjuare och J. observatör. Anledningen till att vi gjorde på detta sätt var för att vi båda skulle öva på att intervjua samt observera. Intervjuerna avslutades när vi båda var överens om att vi inte kunde få mer information av informanten. Vi är medvetna om att det kan ha påverkat resultatet, men genom att vara två tror vi att vi har fått en mer innehållsrik berättelse. Trost (2010) menar att två intervjuare som är väl samspelade kan få en större informationsmängd och förståelse. Två intervjuare kan även påverka den intervjuade negativt genom att han/hon kan känna sig i underläge och uppleva maktövertagande. Vi var medvetna om detta när intervjuerna genomfördes och upplevde inte att det påverkade våra informanter. Eftersom vi arbetar med patienter som behandlas med IABP har vi erfarenhet kring ämnet och en förförståelse inför fenomenet som studerats. Förförståelsen är en viktig del i forskningsprocessen och det innebär att vi genom samspel är delaktiga under intervjun och medskapare av texten (Graneheim Hällgren & Lundman, 2008). Graneheim Hällgren och Lundman (2003) menar att det är omöjligt för forskaren att inte låta förförståelsen påverka fenomenet som studeras. Forskaren måste även försöka låta texten "tala för sig själv" och inte lägga till innebörder som inte finns där. Under intervjuns förlopp försökte vi verifiera den information som getts med informanten så att vi hade gjort rätt tolkning av upplevelsen. Enligt Kvale (1997) är detta en punkt som höjer kvaliteten på en intervju.

Graneheim Hällgren & Lundman (2008) betonar också att låta flera personer analysera samma material och sedan genom att jämföra resultaten kan noggrannheten i analyserna öka och därmed trovärdigheten. Vi har låtit vår handledare gå igenom vår analys för att öka trovärdigheten av resultatet.

Kvalitativ innehålls analys ska beskriva variationer (Graneheim Hällgren & Lundman, 2008). I vårt ursprungliga urval av informanter fanns både kvinnor och män, men det var bara män som kunde inkluderas i studien. Vi är medvetna om att detta säkert har påverkat vårt resultat. En av informanterna var rullstolsburen och detta tror vi kan ha

påverkat hans upplevelse av sängläget eftersom han är van vid rörelseinskränkning. I vår fullskaliga studie är det önskvärt att vi får ett mer varierat urval.

Efter varje intervju skrev vi omedelbart ner våra direkta reflektioner. Detta tror vi har hjälpt oss under hela analysprocessen. Genom att vi har genomfört intervju och analys tillsammans ökar tillförlitligheten i resultatet. Genom att redovisa hur analysprocessen gått till från början till slut ökar tillförlitligheten av resultatet. Det gör det även möjligt för läsaren att själv avgöra om resultatet är tillförlitligt eller inte i förhållande till hur analysen beskrivs (Graneheim Hällgren & Lundman, 2008).

Vi har valt att beskriva patienters upplevelse. Det finns flera metoder som är användbara utifrån detta forskningsperspektiv. Innan vi beslutade oss för att använda oss av kvalitativ innehålls analys övervägde vi andra metoder. En metod som vi fördjupade oss i var fenomenologisk hermeneutisk metod enl Lindseth och Norberg (2004). Denna metod inriktar sig på människors levda erfarenheter och inre upplevelser och skulle kunna användas utifrån vårt syfte. I kvalitativ innehållsanalys kan forskaren använda sin förförståelse som ett redskap under analysprocessen, vilket vi tror hade varit svårare att göra i någon annan metod. Vid kvalitativ innehållsanalys kan forskaren i stor utsträckning själv välja graden av tolkning (Graneheim Hällgren & Lundman, 2008). Vi upplevde detta som en styrka i metoden. Vi anser inte att resultatet hade kunnat bli annorlunda om vi valt en annan metod eftersom resultatet har jämförts med den ursprungliga texten och stämmer väl överens med den.

## **RESULTATDISKUSSION**

Pilotstudien resulterade i två teman som beskriver patienternas upplevelser av att ha vårdats med IABP. Det första temat är: att överlämna sig i vårdarnas händer. Känslan av trygghet är en del i att patienterna vågar överlämna sig i vårdarnas händer. Det framkom tydligt att patienterna förlitar sig på vårdpersonalen och deras kunskap. De uttryckte båda stor tacksamhet för vården. De befinner sig i en situation där de är helt beroende av personalen. Gibson (1991) menar att förhållandet mellan patienten och sjuksköterskan är viktigt. För att stärka patientens empowerment krävs det en ömsesidig relation där inte patienten hamnar i underläge. Enligt McKinley et al (2002) var det stärkande att identifieras som en person och inte bara som en patient. En förutsättning

för att patienten ska känna sig som en unik person innebär, som Watson (1985) menar att utgå från människors individuella behov.

Våra informanter uppskattade besök från sina närstående men ville bara träffa dem korta stunder. Det var viktigt för informanterna att själva bestämma när närstående fick komma och gå. Björvell (1999) menar att "Patient empowerment" handlar om patienters möjlighet och rätt att så långt som de förmår och önskar kunna påverka sin vård och egenvård. Sjuksköterskan måste ha förståelse för detta. Wåhlin (2009) och Johnson (2004) beskriver att närstående var ett stöd för patienterna under vårdtiden och kunde stärka dem. Det var inget som framkom i pilotstudien, patienterna orkade inte ta emot besök och det var viktigt för dem att själva få bestämma över besöken från de närstående. Patienterna beskriver att de anpassar sig till situationen samtidigt som det är viktigt för dem att behålla sitt självbestämmande. Detta gör att de känner att de har viss kontroll över situationen. Ellis-Stoll & Pokess-Vawter (1998) beskriver hur självbestämmande kan öka patienternas känsla av empowerment. Sjuksköterskan kan hjälpa patienten att utveckla och använda de resurser som leder till ökad kontroll och stärkt självkänsla (Gibson, 1991).

Christensen & Hewitt-Taylor (2007) menar att information är en viktig faktor för att stärka patientens känsla av empowerment. Våra informanter har olika uppfattningar om behovet av information. En av informanterna var angelägen om att få veta allt kring sin behandling vilket ökade hans trygghetskänsla. Den andra informanten var inte alls intresserad. Han uttryckte t o m att det inte angick honom.

Resultatet i pilotstudien visar att patienterna kände sig trygga när de vårdades på enkelrum med närvarande personal. De tyckte det var lugnt och rofyllt. Tryggheten minskade när det förflyttades till flerbäddsrum. I Almerud et als studie (2007) betonade patienterna vikten av kontinuitet under vårdtiden och lugnt bemötande av personalen. Detta ökade deras känsla av trygghet.

I Levin och Pipers studie (2007) framkom det att empowerment inte var viktigt för patienterna i sjukdomens akutskede. Våra informanters beskrivningar innehåller dock flera faktorer som är viktiga för känslan av empowerment som t ex delaktighet, självbestämmande och trygghet. De beskriver även faktorer som enligt litteraturen

minskar känslan av empowerment som t.ex. osäkerhet och oförmåga att själv kunna påverka situationen (Wåhlin et al 2006).

Det andra temat som framkom i pilotstudien var: brist på makt och återtagande av makt. Som tidigare beskrivits var det ingen av informanterna som uttryckte maktlöshet när de tillfrågades om detta, men i deras berättelser kunde vi ändå urskilja beskrivningar om maktlöshet. Tidigare forskning visar (Hofhuis et al, 2008; Almerud et al, 2007) att patienterna kände sig som paket, oförmögna att resa sig eller stiga upp. De var ofrivilligt beroende av personalen och apparaturen. Pilotstudiens resultat visar att patienterna kände sig bundna av behandlingen, vilket minskade känslan av empowerment. För att kunna stärka patientens integritet och känsla av empowerment under IABP behandling behöver sjuksköterskan utnyttja både sin naturvetenskapliga kompetens och sin omvårdnadskompetens (Watson, 1985).

Patienterna i pilotstudien var vakna under IABP behandlingen. De uttryckte tydligt en överväldigande trötthet som gjorde att de inte orkade annat än att bara låta saker och ting hända. Detta är något som inte finns beskrivet i tidigare studier inom intensivvården.

Enligt Watson är det viktigt att sjuksköterskan bevarar patientens integritet och visar empati. Detta skapar en grund för den fortsatta omvårdnaden. För att patienten ska känna förtroende är det viktigt med öppen kommunikation och tydlig information (Watson, 1985). Utifrån denna pilotstudie tycks det som att genom att skapa en känsla av trygghet för patienten och inte ta över de beslut och de funktioner patienterna har möjlighet att klara själva i denna bundna situation skulle kunna vara ett sätt för sjuksköterskan att stärka patienternas känsla av empowerment i samband med att de vårdas med IABP och invasiv övervakning.

## **SLUTSATS**

Vår pilotstudie utgörs av två intervjuer. Resultatet visar att patienterna känner sig trygga med att överlämna sig i vårdarnas händer. Patienterna upplevde att de var tvungna att anpassa sig till situationen och låta andra bestämma över behandlingen. Trots att ingen av informanterna tydligt uttryckte maktlöshet vittnar berättelserna ändå om en brist på

makt och ett behov av återtagande av makt. Denna kunskap kan vägleda sjuksköterskan i arbetet med patienter som vårdas med IABP.

Utifrån dessa två intervjuer kan följande slutsatser dras. Sjuksköterskan som vårdar patienter med IABP behöver skapa en trygg miljö runt patienten. Smärtlindring var en förutsättning för att känna trygghet. Patienterna kände tillit till personalens kunskap och det var betydelsefullt för dem att personalen inte tog över sådant som de kunde klara själva. Det krävs dock en mer omfattande studie om hur patienter upplever att behandlas med IABP för att kunna dra egentliga slutsatser.

## REFERENSER

Almerud, S., Alapack, R., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2007). Of vigilance and invisibility – being a patient in technologically intense environments. *Nursing in critical care*. 12(3), 151 – 158.

Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

American Nursing Association (2001). Code of Ethics for nurses. Hämtad från ANA hemsida 20 december 2010. Tillgänglig: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses.aspx>.

Andersson, B. (2004). *När hjärtat sviker*. Trosa: Trosa Tryckeri AB.

Arrow International (2006). Manual Intra Aortic Balloon Pump. Everett; MA.

Björvell, H. (1999). "Patient empowerment" – målet är bättre hälsa och sträkt beslutanderätt. *Läkartidningen*. 96(44), 4816 - 4820.

Christensen, M., & Hewitt-Taylor, J. (2007). Patient empowerment: Does it still occur in the ICU? *Intensive and critical care nursing*. 23(3), 156 – 161.

Danielsson, (red.).(1980). *Modern engelsksvenskordbok*. Stockholm: Prisma.

Downe-Wamboldt, B. (1992) Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*. 13(3), 313 - 321.

Ellis-Stoll, C., & Pokess-Vawter, S. (1998). A concept analysis on the process of empowerment. *Advances in nursing science*. 21(2), 62 – 68.

Friberg, F. (red). (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

- Gibson, H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*. 16, 354- 361.
- Gonce Morton, P., Fontaine, D., Hudak, C., & Gallo, B. (2009). Cardiovascular system. P. Gonce Morton (red.), *Critical care nursing* (s. 199-448). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Granberg, A., Bergbom, I., & Lundberg, D. (1998). Patients experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. *Intensive and critical care nursing*. 14(6), 294 – 307.
- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105-112.
- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys: Granskär, M., & Höglund – Nielsen, B (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Helsingforsdeklarationen. (Online). 2008. Hämtad 20 december 2010 16:18.  
Tillgänglig: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.
- Hofhuis, J., Spronk, P., Van Stel, H., Schrijvers, A., Rommes, J., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and critical care nursing*. 24(5), 300 – 313.
- Johnson, P. (2004). Reclaiming the everyday world: how long-term ventilated patients in critical care seek to gain aspects of power and control over their environment. *Intensive and critical care nursing*. 20(4), 190 – 199.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis - An introduction to its methodology*. (2nd edition). Thousand Oaks: Sage publications.
- Kvale S. (1997). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur

- Lewin, D., & Piper, S. (2007). Patient empowerment within a coronary care unit: Insights for health professionals drawn from a patient satisfaction survey. *Intensive and critical care nursing*. 23(2), 81 – 90.
- Lindahl, B., & Sandman, P. (1998). The role of advocacy in critical care nursing: a caring response to another. *Intensive and critical care nursing*. 14(4), 179 – 186.
- Lindseth A, Norberg A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science* 18, 145-153.
- McCarthy, V., & Holbrook Freeman, L. (2007). A multidisciplinary concept analysis of empowerment: Implications for nursing. *The journal of theory constructing & testing*, 12(2), 68 – 74.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and critical care nursing*. 18(1), 27 – 36.
- Polit, D.F. & Tatano Beck, C. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th edition). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Russel, S. (1999). An exploratory study of patients perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of advanced nursing*. 29(4), 783 – 791.
- SFS(1982:763). Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen.
- SFS (2003:460). Lagen om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Riksdagen.
- Soanes, C., & Stevenson, A (2005). *Oxford dictionary of English*. Oxford: Oxford University Press.



Socialstyrelsen. (2008). *Nationella Riktlinjer för Hjärtsjukvård 2008- beslutsstöd för prioriteringar*. Stockholm: EditaVästraAros.

Thompson, P. (1997). Circulatory assist devices. B M. Power (red.), *Coronary care manual*. (s. 395 – 401). London: Churchill Livingstone.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4de upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällvetenskaplig forskning* (ISBN:91-7307-008-4). Stockholm.

Watson, J. (1985). *Nursing. The philosophy and science of caring*. Colorado: University Press.

Wikström, A., Cederborg, A., & Johansson, M. (2007). The meaning of technology in an intensive care unit – an interview study. *Intensive and critical care nursing*, 23(4), 187 – 195.

Wåhlin, I. (2009). *The circle of strength and power. Experiences of empowerment in intensive care*. Kalmar: Vibra Publishing AB.

Wåhlin, I., Ek, A., & Idvall, E. (2006). Patient empowerment in an intensive care – An interview study. *Intensive and critical care nursing*, 22(6), 370 – 377.



## GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersonsinformation

Bilaga 1

Tillfrågan om deltagande i studie om upplevelsen av att behandlas och övervakas med aortaballongpump i samband med vårdtiden på hjärtintensivvårdsavdelning.

### Studiens bakgrund

Användandet av aortaballongpump i samband med insjuknande i akut hjärtsvikt och/eller vid högriskingrepp i samband med ballongvidgning är idag en etablerad behandling. Målet med behandlingen är att minska belastningen för hjärtat och ökad genomblödningen av hjärtats kranskärl så att syretillförseln till hjärtmuskeln ökar. Behandlingen medför att patienterna under vårdtiden har katetrar placerade i artärer och vener. Patienter som vårdas på hjärtintensivvårdsavdelning är vakna under vårdtiden och innehar strikt sängläge till dess att behandlingen med aortaballongpumpen avslutats. Det finns många studier på aortaballongpumpens gynnsamma effekter på hjärtat. Det saknas dock studier på hur patienterna upplever att vårdas med aortaballongpump och hur detta påverkar vårdsituationen.

### Förfrågan om deltagande

Vi tillfrågar Dig om att delta i denna studie, eftersom Du har genomgått behandling med aortaballongpump på hjärtintensivvårdsavdelning. Vi har fått ditt namn från ett register som registrerar patienter vårdade med aortaballongpump. Tillstånd från vårdenhetschef har givits till detta ändamål. Vi kommer att kontakta Dig per telefon inom en vecka för att höra efter Ditt eventuella deltagande.

### Studiens genomförande

Om Du väljer att delta i studien kommer du att intervjuas av oss. Vid telefonkontakten kommer vi överens om var och när intervjun ska äga rum. Intervjun kan genomföras hemma hos Dig eller på sjukhuset om Du så vill. Vårt samtal kommer att spelas in digitalt och kommer att ta 30-60 minuter. Under intervjun kommer frågor att ställas om Dina upplevelser av vårdsituationen i samband med att du vårdades med aortaballongpump. Den inspelade intervjun kommer att skrivas ut och innehållet analyseras. Resultatet kommer att redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet och eventuellt utgöra en grund för fortsatt omvårdnadsforskning som kan komma att publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultatet av studien kan Du ta del av genom att kontakta nedan angivna personer.

### Risker och fördelar

Vi hoppas inte att samtalet skall vara obehagligt för Dig och Du väljer själv vad Du vill delge oss. Att dela med Dig av Din erfarenhet kan eventuellt kännas positivt.

## Hantering av data och sekretess

Den utskrivna texten av vårt samtal kommer att vara avidentifierad. När studien eventuellt publiceras kommer enskilda personer inte att kunna identifieras i materialet. Hanteringen av Dina personuppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS1998:204). Varken i uppsatsen eller vid eventuell publicering kommer enskilda individer att kunna identifieras. Ljudinspelningen förvaras elektroniskt på en lösenordsskyddad dator och den utskrivna texten kommer att förvaras i ett låst skåp, dit inga obehöriga har tillgång.

## Frivillighet

Studien bygger på att allt deltagande är frivilligt. Du kan närsomhelst under studiens gång avbryta Ditt deltagande utan att behöva förklara varför. Det kommer inte att påverka Din eventuella framtida vård.

## Studiens resultat

Resultatet av studien kommer att redovisas i en uppsats på institutionen för vårdvetenskap och hälsa på Göteborgs universitet.

## Ersättning

Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

## Frågor

Om Du har några frågor är Du välkommen att ringa någon av nedanstående personer.

### Ansvariga för studien

Eva Ryrlén

Leg.sjuksköterska

Tel nr 0708-15 89 68

Johanna Wermström

Leg.sjuksköterska

Tel nr 0708-37 52 31

Handledare

Åsa Axelsson

Universitetslektor

Tel 031- 786 23 31

Email: [eva.ryrlen@vgregion.se](mailto:eva.ryrlen@vgregion.se)  
[johanna.wermstrom@vgregion.se](mailto:johanna.wermstrom@vgregion.se)



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
**SAHLGRENSKA AKADEMIN**

Jag har fått muntlig och skriftlig information om en studie om hur jag har upplevt att vårdas med aortaballongpump. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande.

Jag samtycker till att delta i studien.

Datum\_\_\_\_\_

---

Namnunderskrift

Namnförtydligande

## **Intervjuguide**

### **Inledande fråga**

Berätta hur du upplevde vårdtiden då du vårdades med aortaballongpump?

### **Följdfrågor**

Kan du beskriva/utveckla detta mer?

Hur menar du?

Kan du förklara mer?

Hur kände du då?

### **Frågeområden**

Närstående: Hade dina anhöriga någon betydelse under vårdtiden med aortaballongpump?

Vårdmiljö: Hade vårdmiljön någon betydelse när du vårdades med aortaballongpump?

Information: Vilken information fick du i samband med behandlingen av aortaballongpumpen? Saknade du någon information?

Relationen med sjuksköterskan: Vilken betydelse hade relationen till ansvarig sjuksköterska?

### **Avslutande fråga**

Kände du dig någon gång maktlös?

Hade du några speciella tankar som du inte redan har beskrivit?