

Upplevelsen av att vårdas på flerbäddssal på en intensivvårdsavdelning

FÖRFATTARE	Emma Ljungberg Mina Sikiric
PROGRAM	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård 60 högskolepoäng, OM5330 VT 2012
OMFATTNING	15 Högskolepoäng
HANDLEDARE	Mona Ringdal
EXAMINATOR	Åsa Axelsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Upplevelsen av att vårdas på flerbäddssal på en intensivvårdsavdelning
Titel (engelsk):	Experiences of being cared for in a multiple-occupancy room in the ICU
Arbetets art:	Självständigt arbete - avancerad nivå
Arbetets omfattning:	15 hp
Program/kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot intensivvård OM5330
Sidantal:	21
Författare:	Emma Ljungberg Mina Sikiric
Handledare:	Mona Ringdal
Examinator:	Åsa Axelsson

SAMMANFATTNING

Introduktion: Utvecklingen och forskning om hur nya intensivvårdsavdelningar skall utformas är en pågående process. Möjligheterna till att vårdas på enkelsal på en intensivvårdsavdelning i Sverige är begränsade. Det innebär att svårt sjuka patienter vårdas på samma sal mycket nära varandra med endast en skärm eller ett draperi emellan.

Syfte: Syftet med studien är att belysa patienters upplevelser av att vårdas på flerbäddssal på en intensivvårdsavdelning.

Metod: Data insamlades genom djupintervjuer och analyserades enligt den kvalitativa innehållsanalysen. Fyra informanter som hade vårdats på en intensivvårdsavdelning intervjuades till pilotstudien.

Resultat: Vid analys av texten framkom fyra olika kategorier: upplevelse av trygghet, upplevelse av medpatienten, upplevelse av obehag och fokus på sig själv. Det som framkom som mest utmärkande i pilotstudien var att patienterna upplevde en trygghet och hade mest fokus på sig själva, en del obehag med anknytning till medpatienten upplevdes i enstaka situationer men detta påverkade inte helhetsupplevelsen av intensivvården.

Diskussion: En av den här pilotstudiens styrkor är att öppna frågor användes och informanterna gav långa svar på de frågor som ställdes. Svagheter är det lilla urvalet en pilotstudie innebär och att inklusionskriterierna angående vårdtidens längd inte kunde uppfyllas för alla informanterna p.g.a. att en relativt liten grupp undersöktes vilket innebar svårigheter att få det antal informanter som var tänkt. Resultatet indikerar att det inte upplevs som stressfyllt att vårdas på flerbäddssal, på en intensivvårdsavdelning. Informanterna upplevde miljön på en flerbäddssal som trygg med närvaro av ljud och människor. Behovet av avskildhet överskuggas av fokus på sig själv och överlevnad.

Slutsats: Patienter inom intensivvård upplever närvaron av andra patienter som övervägande positivt. De negativa aspekter som förekommer kan vägas upp genom att skapa trygghet.

Nyckelord: flerbäddssal, intensivvård, patient, upplevelse

Titel (svensk):	Upplevelsen av att vårdas på flerbäddssal på en intensivvårdsavdelning
Titel (engelsk):	Experiences of being cared for in a multiple-occupancy room in the ICU
Arbetets art:	Självständigt arbete - avancerad nivå
Arbetets omfattning:	15 hp
Program/kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot intensivvård OM5330
Sidantal:	21
Författare:	Emma Ljungberg Mina Sikiric
Handledare:	Mona Ringdal
Examinator:	Åsa Axelsson

ABSTRACT

Introduction: The research and development of ICU design is an ongoing process. Due to the limited access to single rooms in Swedish intensive care units critically ill and injured patients are cared with only a screen or curtain for privacy.

Aim: The aim of this study is to illustrate the patients' experiences of being cared for in a multiple occupancy room in an intensive care unit.

Method: The data were gathered through in-depth interviews and the analyzed using qualitative content analysis. Four participants who had received intensive care were interviewed for the pilot study.

Results: Through analysis of the data four categories emerged: feeling safe, experiencing the other patient, distress and focus on oneself. The most prominent findings of the pilot study were that the patients felt safe and were mostly focused on themselves, they experienced some distress associated with the presence of another patient but this did not affect the experience of the intensive care as a whole.

Discussion: One advantage of this pilot study is the use of open-ended questions which resulted in extensive answers from the participants. Some of the weaknesses are the limited amount of participants involved in a pilot study and that the inclusion criterion regarding the length of stay in the ICU was not met for all participants due to the relatively small population being examined which resulted in difficulties to acquire the intended amount of participants. The findings of this pilot study indicate that the experience of being cared for in a multiple occupancy room in an intensive care unit is not stressful. The participants viewed the environment and the presence of people and the noise they made as safe. The need for privacy is diminished by the focus on oneself and one's survival.

Conclusion: Patients in the ICU view the presence of other patients in the same room as a positive experience as a whole. The negative effect other patients can have on the experience of the intensive care can be counteracted by promoting safety.

Key words: experience, intensive care, multiple occupancy rooms, patient

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
PATIENTEN SOM VÅRDAS PÅ EN INTENSIVVÅRDSAVDELNING.....	1
INTENSIVVÅRDSMILJÖ.....	1
CENTRALA BEGREPP.....	3
Avskildhet.....	3
Trygghet.....	3
Rum och plats.....	4
TIDIGARE FORSKNING.....	4
PROBLEMFÖRMULERING.....	6
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	6
SYFTE.....	6
METOD.....	6
DESIGN.....	6
URVAL OCH DATAINSAMLING.....	7
DATAANALYS.....	7
FORSKNINGETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	8
PILOTSTUDIE.....	8
RESULTAT.....	9
UPPLEVELSE AV TRYGGHET.....	9
UPPLEVELSE AV MEDPATIENTEN.....	10
UPPLEVELSE AV OBEHAG.....	11
FOKUS PÅ SIG SJÄLV.....	11
DISKUSSION.....	13
METODDISKUSSION.....	13
RESULTATDISKUSSION.....	14
SLUTSATS.....	16
REFERENSER.....	17
BILAGA 1.....	20
FORSKNINGSPERSONSINFORMATION.....	21

INLEDNING

I nuläget bedrivs en hel del forskning om hur intensivvårdsmiljön på bästa sätt ska utformas för patientens välbefinnande (1-3). Planering av nya intensivvårdsavdelningar är en ständigt pågående process. I Sverige går utvecklingen mot utformande av flerbäddssalar på intensivvårdsavdelningar och möjligheterna att som patient vårdas på enkelsal är små. Detta innebär att svårt sjuka patienter vårdas tillsammans med endast en skärm eller ett draperi mellan sängarna och vi vill därför belysa patienternas upplevelser av att vårdas på flerbäddssal. Intensivvårdsmiljön kan vara väldigt påfrestande för patienten och den stress som upplevs kan förlänga vårdtiden och påverka välbefinnandet negativt (4-9).

BAKGRUND

PATIENTEN SOM VÅRDAS PÅ EN INTENSIVVÅRDSAVDELNING

Patienter som vårdas inom intensivvård skiljer sig från övriga patienter genom att deras tillstånd är mer kritiskt men går vanligtvis att åtgärda. Svenska intensivvårdsregistret definierar intensivvård som *”avancerad övervakning, diagnostik eller behandling vid hotande eller manifest svikt i vitala funktioner. Om detta kriterium inte är uppfyllt skall patienten ej klassas som intensivvårdspatient”* (10). Skadans eller sjukdomens allvarlighetsgrad varierar och gränsen mellan liv och död är många gånger skör. Orsaken till att behovet av intensivvård uppstår kan dels vara planerade ingrepp/transplantationer eller akut insjuknande. Upplevelsen av intensivvård kan därmed skilja sig mellan dessa två grupper dels p.g.a. av att planerade patienter ibland får ett förberedande besök på intensivvårdsavdelningen. Vårdtillfällets längd på intensivvårdsavdelningen varierar beroende på skadans eller sjukdomens art och patientens behandlingsbehov kan komma att ändras under ett vårdtillfälle. Ur en internationell synvinkel så skiljer sig definitionen av en förlängd intensivvårdstid mellan universitetssjukhus och närsjukhus. En patient som vårdas på ett universitetssjukhus anses ha en lång vårdtid på intensivvårdsavdelningen om denna överstiger 21 dygn och för närsjukhus mer än tio dygn (11). Enligt svenska intensivvårdsregistret – SIR är medelvårdtiden på en intensivvårdsavdelning i Sverige 2,7 dagar (12).

INTENSIVVÅRDSMILJÖN

På svenska intensivvårdsavdelningar vårdas patienterna övervägande på salar avsedda för två eller fler patienter. Sängarna separeras med en skärm eller ett draperi och omges av en mängd apparater vars funktion är att bland annat övervaka patienten, administrera läkemedel och styra andningen. Apparaterna är kopplade till patienten med slangar och tekniska kablar. Personal i form av sjuksköterskor och undersköterskor är alltid närvarande för att övervaka

och bedöma patientens tillstånd samt hantera den högteknologiska vården (13). En enkelsal definieras som ett rum i vilket en patient vårdas och som har fyra väggar och en dörr (14). Förutom den stress patienterna inom intensivvården upplever till följd av deras sjukdom eller skada och den behandling de får orsakar själva miljön de befinner sig i ytterligare stress. Studier har identifierat ljud, ljus, nedsatt kommunikationsförmåga, social isolering och oförmåga att röra sig som de faktorer som framför allt kan påverka patienterna negativt (4, 6-9). Forskning har påvisat att patienter som upplever intensivvårdstillfället som stressfyllt har signifikant högre risk att drabbas av ångest och akut posttraumatisk stress syndrom efter intensivvårdstiden. Stressfyllda upplevelser under intensivvårdstiden ökar risken för psykiskt lidande och antalet traumatiska händelser som patienten mindes var associerat med fler PTSD-relaterade symtom (15).

Ljudkällor som är störande enligt patienten är exempelvis slamrande ljud, alarmsignaler som hörs hela tiden, konversationer samt dörrar som öppnas och stängs (16).

Världshälsoorganisationens rekommendationer för ljudnivån på sjukhus säger att bakgrundsljud ska vara lägre än 30 dB och ljudtoppar nattetid inte ska överstiga 40 dB (17). Inom intensivvårdsmiljön är bakgrundsljudnivån i snitt 60-70 dB och topparna ibland över 90 dB. Nivåerna är i princip oförändrade under dygnet. Ljudnivån påverkar patienten genom att störa sömnen, irritera, öka behovet av sedativa läkemedel, hämma kommunikationen, öka smärtkänsligheten, försämra sårhäkning och förlänga vårdtiden i respirator (8, 14). Vid respiratorbehandling kan uppemot 40 olika larm vara aktiverade, dessa indikerar förändringar i t.ex. blodtryck, puls och saturation, även larm associerade till infusionspumpar m.m. förekommer. En hel del av de här larmen leder inte till någon åtgärd av sjuksköterska eller läkare. I snitt ljuder ett larm var 37:e min för varje patient. Gränsen för vilken ljudnivå som gör att man vaknar är individuell men ligger runt 80 dB, även lägre nivåer stör sömnen (1). Dock finns även positiva aspekter av att ha andra människor runt omkring sig, det kan upplevas som lugnande att höra andra prata i närheten (8).

Även ljuset och den begränsade tillgången till dagsljus har stor inverkan på patientens dygnsrytm och sömnkvalitet (2, 5, 16). På intensivvårdsavdelningar sänks intensiteten på takbelysningen nattetid men tända lampor vid arbetsstationer kan fortfarande vara störande (8). Rumstemperaturen påverkar patientens välbefinnande och sömn. En individuell känslighet som påverkas av flera faktorer föreligger och flera studier har visat att patienter ofta upplever vårdrummet som för varmt eller kallt (6-9).

Intensivvårdsmiljön innehåller mycket högteknologisk apparatur som innebär intryck som kan vara svårtolkade för patienterna, framför allt kan de överskatta hotet mot den egna hälsan, de upplever även en förlust av kontroll (4, 7, 9, 16, 18, 19). Alla de infusionsslangar och dränage m.m. som patienten är kopplad till inskränker deras rörelseförmåga (6-9). En annan aspekt av intensivvården som gör att patienten har en begränsad uppfattningsförmåga är att de oftast är

sängliggande, detta innebär även att ljuset kan vara mer störande eftersom det lyser på patienten i vertikal riktning (4). Närstående får inte alltid det utrymme de behöver för att underlätta att vara nära patienterna p.g.a. små ytor och begränsade möjligheter till avskildhet. Detta leder till en känsla av social isolering för patienterna (6, 8, 18).

Vårdpersonalens konstanta närvaro och arbete, som ibland utförs skyndsamt, kan också upplevas som störande eftersom patienterna hela tiden utsätts för de ljud som uppstår och inte upplever någon avskildhet. Täta kontroller, omvårdnadsåtgärder, framför allt de som patienten inte kan förutse, och att bli väckt av sjuksköterskorna hindrar patienten att slappna av (4, 5, 9).

Enkelsal förespråkas för patienter på intensivvårdsavdelningar då de medför att sekretess, avskildhet och värdighet kan bibehållas (6, 8, 9, 18). Det är då även lättare att anpassa rumstemperaturen till patientens individuella önskemål och ljudnivån blir oftast lägre (8). Intensivvårdspatienter har i studier uppgett att de stressas av att höra andra patienter skrika eller se dessa få vård. De kan bli upprörda över medpatienters tillstånd och sjuksköterskor har angett bevittnandet av dödsfall på salen som en faktor som påverkar patienterna negativt (6, 7, 9).

CENTRALA BEGREPP

Avskildhet

Avskildhet innebär att få ha ett eget personligt utrymme. Den personliga integriteten är en grundläggande mänsklig rättighet. Alla människor är i behov av en privat sfär och det behovet borde respekteras även när man kommer till sjukhus. Avskildhet på sjukhus kan till exempel innebära att personlig information behandlas med sekretess och att värdighet bibehålls i samband med intim vård (20). Avskildhet delas in i två olika former dels vårt privatliv och dels sekretess vad gäller personlig information (21). Douglas (22) visar i sin studie att avskildhet var särskilt viktigt då patienterna var sängbundna. De patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning är kritiskt sjuka, de kan vara sederade eller döende och närstående vill ofta vara närvarande vid patientens sida (23). På intensivvårdsavdelningarna i Sverige vårdas patienterna oftast i flerbäddssal (13). Möjligheterna till avskildhet blir därmed begränsade.

Trygghet

Flera studier (24-26) visar att ett av de viktigaste behoven patienter inom intensivvården har är trygghet. Trygghet uppnås genom att patienten får information, känner att den har kontroll över sin situation, upplever hopp och känner tillit. Intensivvårdssjuksköterskan spelar en stor roll i att bidra till dessa känslor hos patienten genom att förklara vad som händer och varför,

inkludera patienten i beslutsprocesser, motivera till att inte ge upp samt få patienten att lita på personalens förmåga att övervaka och behandla tillståndet (24, 25). Segestens (27) beskrivning av trygghet illustrerar två centrala begrepp – grundtrygghet och situationsrelaterad trygghet. Grundtryggheten byggs upp under uppväxten och återspeglar framför allt känslan av att vara trygg medan den situationsrelaterade tryggheten beror på yttre faktorer som materiella resurser, sociala relationer, kunskap och kontroll samt individens egen tolkning av sin situation. Då en människa förlorar sin känsla av trygghet upplevs istället hot och förankringen till verkligheten påverkas, detta kan leda till ohälsa. Att förmedla trygghet till patienten är en omvårdnadsåtgärd som påverkar resultatet av behandlingen genom att patienten kan acceptera vården som utförs om den känner tillit till de som utför den.

Rum och plats

Andrews (28, 29) teori om rum och plats (eng. space and place) beskriver hur en miljö påverkar interaktionen människor emellan genom sin utformning (rummet) och hur miljön upplevs beroende av vilken innebörd den har (platsen). Människors kunskap och uppfattning om platser avgör vilken innebörd dessa får (13). Denna innebörd är något sjuksköterskor kan påverka genom att interagera med patienterna och skapa positiva associationer till en plats som annars kan upplevas som förvirrande och skrämmande. Intensivvårdsmiljön kan påverka patientens tillfrisknande negativt eftersom faktorer som ljud och ljus ökar stressupplevelsen och försämrar sömnen. Det är en miljö där många dramatiska händelser sker och utformas därefter genom att möjligheten till övervakning och bedömning av patientens tillstånd prioriteras och samvaron med närstående kommer i andra hand (30). I denna högteknologiska miljö uppstår svårigheter för människor att interagera men genom att skapa en trivsamt atmosfär skulle sjuksköterskan kunna förbättra patientens upplevelse av intensivvårdsmiljön (28-30).

TIDIGARE FORSKNING

För att få en överblick över existerande forskningsresultat angående enkelsal kontra flerbäddssal gjordes en litteratursökning över vetenskapliga artiklar inom en tidsram från 2001 – 2011. Sökningarna gjordes i databaserna Cinahl och Pubmed. Kombinationer av sökorden patient room, shared patient room, single patient room, single occupancy, multiple occupancy, healing environment och patient environment användes. Kombinationen av dessa sökord resulterade i mellan 2 – 42 träffar och endast originalstudier som belyste påverkan på patienten av att vårdas på flerbäddssal/enkelsal inom somatisk vård valdes (31-36). Resultat som exkluderades var studier med infektionsfokus, psykiatrisk, neonatal och palliativ vård p.g.a. att dessa inte var relevanta för problemområdet. Sex studier inkluderades, av dessa var fem kvalitativa och vårdvetenskapliga (31-34, 36) och en artikel var en kvantitativ studie med miljömedicinskt perspektiv (35). Litteratursökningen resulterade i studier med fokus på

patienter som vårdades på medicinska och kirurgiska avdelningar. Endast en av studierna (35) belyste förhållandena inom intensivvården, denna studerade hur sömnen påverkades av att patienten låg på enkelsal eller flerbäddssal. Detta tyder på att forskningsfrågan endast är sparsamt belyst inom intensivvårdsområdet.

Förlust av sekretess är genomgående i alla studier vid vård av patienter på flerbäddssal. Flerbäddssal underlättar övervakningen av patienterna men begränsar samtidigt den enskilda sekretessen. Tyggardiner som används för att skärma av ger endast en visuell avskildhet eftersom samtal mellan vårdpersonal och den enskilda patienten blir tillgängliga för alla i rummet (32-34). Även om många patienter upplevde det positivt att vårdas på en flerbäddssal betonade de behovet av mer avskildhet vid känsliga samtal (31, 33). En positiv aspekt av att vårdas på flerbäddssal som identifieras i studierna är det psykologiska stödet som uppstår mellan patienterna (32-34, 36) och de som vårdades på flerbäddssal upplevde mindre ensamhet (31).

Fördelarna med enkelsal är ökad patientintegritet och värdighet. Avskildhet, mindre buller och sömnsvårigheter är andra faktorer som tas upp. Patienterna upplevde det lättare att ta emot besök från sina närstående och dessa kunde lättare integreras i patientvården. Fördelarna med enkelsal visade sig vara att patienten utsätts för färre stressfaktorer och infektionsrisken minskar betydligt (31-35). I tre av studierna (31, 34, 36) framkom det att den äldre patienten föredrog att vårdas på flerbäddssal och största anledningen var kontakten med medpatienter. Vård av kritiskt sjuka patienter kräver ständig övervakning och det kan bli en utmaning i enkelsalar om det inte finns tillräcklig bemanning (34). I en av studierna (32) belystes sjuksköterskors uppfattningar och resultatet visade att sjuksköterskorna föredrog att vårda patienter i enkelsal. De upplevde att vården blev flexiblar. De upplevde att det var lättare att integrera närstående i vården, lättare att utföra omvårdnadsåtgärder och samtala enskilt med patienten. Resultatet stödjer i allmänhet de positiva aspekterna av enkelsal ur patientens perspektiv.

Skillnader mellan flerbäddssal och enkelsal och faktorer som orsakar sömnstörningar hos patienten inom intensivvård undersöktes i en av studierna (35). Respiratorbehandlade patienter och friska försökspersoner studerades under en 24-timmars period. Genomsnittlig maximal decibelnivå var signifikant lägre i enkelsal än flerbäddssal. Friska försökspersoner upplevde förbättrad total sömntid och nattsömn i enkelsal än flerbäddssal men uppvaknande och sömnmönstret skilde sig inte mellan de två olika salarna. Sömnkvaliteten rankades betydligt sämre i flerbäddssal. Konversationer upplevdes som mer störande än larm ljud och var den huvudsakliga orsaken till uppvaknande tillsammans med vårdpersonalens närvaro och arbete. Öppna intensivvårdsavdelningar d.v.s. flerbäddssalar där vårdplatser åtskiljs med hjälp av en tyggardin orsakar mer buller och sömnstörningar hos patienten.

Sammanställningen av den tidigare forskningen visar att patienter föredrar att vårdas på enkelsal p.g.a. större möjlighet till avskildhet. Att vårdas på flerbäddssal upplevdes positivt om informanterna fann psykologiskt stöd hos medpatienten och därmed upplevde mindre ensamhet. Studierna har studerat forskningsfrågan på kirurgiska och medicinska vårdavdelningar och inga befintliga studier som belyser patienters upplevelser av att vårdas på flerbäddssal inom intensivvårdsmiljö har hittats.

PROBLEMFORMULERING

Eftersom tidigare forskning visar ett blandat resultat av både positiva och negativ aspekter av att vårdas på flerbäddssal på allmänna vårdavdelningar och studier som belyser frågan inom intensivvården inte kunnat finnas anser vi att det vara av intresse att studera denna fråga i intensivvårdskontexten. Möjligheterna till att vårdas på enkelsal inom intensivvården är begränsade och eftersom miljön i sig kan innebära en stress för patienten kan denna aspekt bidra till att påverka välbefinnandet negativt.

SYFTE

Syftet med studien är att belysa patienters upplevelser av att vårdas på flerbäddssal på en intensivvårdavdelning.

METOD

DESIGN

Den här studien är av kvalitativ design och kommer att bestå av patientintervjuer med öppna frågor. Detta är en välanvänd och givande metod för att undersöka innebörden hos ett fenomen och människors upplevelser av det (37, 38). Syftet med kvalitativa intervjuer är att undersöka den intervjuades perspektiv (39). Mellan 20 och 30 intervjuer genomförs och dessa kommer att vara semistrukturerade, några förutbestämda frågor kommer att ställas men då upplevelserna kan variera föreligger ingen förutfattad mening om vilken riktning intervjun tar (37, 38). Informanterna kommer att uppmanas till att med egna ord berätta om de områden som ska studeras för att materialet/intervjuerna ska bli så innehållsrika som möjligt. Följdfrågor ställs för att få all den information som behövs (38). Intervjun startar med en öppen fråga: Kan du berätta om hur du upplevde av att vårdas länge på ett IVA-rum tillsammans med en annan patient? (se bilaga 1).

URVAL OCH DATAINSAMLING

Informanterna består av personer som tidigare vårdats på en intensivvårdsavdelning på ett universitetssjukhus i Sverige. Inklusionskriterier för studien är att informanterna vårdats minst 21 dygn sammanhängande på en intensivvårdsavdelning under de senaste fem åren och att de kan kommunicera på svenska. Urvalet är inte slumpmässigt utan görs med hänsyn till att få svar på studiens frågeställningar (38). För att nå potentiella deltagare till studien kommer mottagningar vars patienter vårdats på intensivvårdsavdelningar kontaktas. Datainsamlingen kommer att utföras genom kvalitativa intervjuer med öppen karaktär. Mellan tjugo och trettio intervjuer kommer att göras och beräknas ta ca 30-60 minuter, de kommer att genomföras på en plats informanten själv väljer.

DATAANALYS

Kvalitativ innehållsanalys används för att analysera de transkriberade texterna. Ansatsen är induktiv, vilket innebär att texten analyseras förutsättningslöst av författarna. Analysen av data innebär alltid ett visst mått av tolkning, beroende på hur djup den här tolkningen blir anses analysen ske av manifest eller latent innehåll. Det manifesta innehållet är det som sägs i texten och det latent är innebörden av det som sägs och kräver alltså mer tolkning från forskarens sida (40). I den här studien kommer data analyseras med avseende på det manifesta innehållet.

Fokus ligger på att identifiera skillnader och likheter i texternas innehåll genom att kategorier och teman uppstår. I kvalitativ innehållsanalys bearbetas den transkriberade intervjun, som benämns ”analysenheten”, eventuellt kan denna först delas in i domäner som kopplas till olika aspekter av frågeställningen. Bearbetningen syftar till att upptäcka meningsenheter som kan vara alltifrån enstaka ord till hela meningar som speglar informantens upplevelser. När meningsenheterna identifierats kondenseras de, vilket innebär att de förkortas för att bli mer lätthanterliga samtidigt som det centrala innehållet lämnas intakt. Därefter får varje kondenserad enhet en kod som med några få ord beskriver dess innebörd. Koderna förs samman i kategorier. Kategorierna är internt homogena, d.v.s. de koder som ingår liknar varandra, och externt heterogena, de olika kategorierna skiljer sig från varandra och en och samma kod kan inte tillhöra flera kategorier (40). Intervjuerna som genomförs för den här studien transkriberas av den som intervjuat och analyseras sedan av båda författarna som individuellt identifierar meningsenheter, dessa jämförs sedan och kondensering och kodning görs tillsammans.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Fyra forskningsetiska krav ställs på vetenskapliga studier; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att forskningspersonen har rätt att veta syftet med studien för att kunna avgöra om han eller hon vill delta eller inte, samtyckeskravet uppfylls genom att personen själv får avgöra om den ska delta efter att ha fått all relevant information och är medveten om att den närsomhelst kan avbryta sitt deltagande, konfidentialitetskravet belyser vikten av att studiedeltagarna kan garanteras att endast de som har anledning att ta del av materialet gör detta och att det är helt oidentifierat då resultatet redovisas, nyttjandekravet handlar om att all data som insamlats endast får användas till forskning (41, 42).

Informanterna skall få ta del av en forskningspersonsinformation som utformats efter Etikprövningsnämndens riktlinjer och får skriva under ett dokument om informerat samtycke. De informeras om hur materialet kommer att förvaras. Risken för informanterna är att potentiellt obehagliga upplevelser diskuteras. Då patienterna är under uppföljning efter avslutad vård har de tillgång till kurator och kan med denna bearbeta eventuella obehag deltagandet i studien medför. Fördelar med studien är att den kan förbättra förutsättningarna för en bra upplevelse av vårdtiden för intensivvårdspatienter i framtiden. Denna studie kommer att granskas av en etiknämnd eftersom den bedrivs på människor och behandlar personuppgifter (42).

PILOTSTUDIE

För att testa den ovan beskrivna metoden genomfördes en pilotstudie på ett mindre urval (38). Detta urval bestod av levertransplanterade patienter som vårdats på en intensivvårdsavdelning på ett universitetssjukhus i en svensk storstad. Motivet till att välja patienter som genomgått transplantation i denna pilotstudie var att nå de som legat en längre tid på en intensivvårdsavdelning, av det totala antalet överlevande patienter inom den svenska intensivvården har ca 1 % en vårdtid på minst elva dygn och för de som har levertransplanterats är siffran 6 % (43, 44). Initialt var intentionen att undersöka hur patienter som vårdats en längre tid upplevt att vårdas med andra patienter på salen. Detta innebar svårigheter p.g.a. att dessa patienter inte nödvändigtvis hade minnen från sin vårdtid på intensivvårdsavdelningen eller hade upplevt medpatientens närvaro vilket ledde till att två intervjuer inte kunde användas och därför inkluderades en informant som hade haft en kortare vårdtid än den som angivits i inklusionskriterierna. Då urvalet gjordes undersöktes statistik över vårdtillfällen för levertransplantation och vårdtid på intensivvårdsavdelningen. Dessa siffror visade att 2010 genomfördes 80 levertransplantationer på det berörda sjukhuset. Antalet patienter som vårdats mer än tre veckor på intensivvårdsavdelningen var 34 och av dessa var fem levertransplanterade. Analysen av data skedde enligt ovan beskriven metod. Då

pilotstudien utförs inom en högskoleutbildning behöver ingen etikprövning göras utan handledare på institutionen ansvarar för att etiska regler följs (45). Tillstånd införskaffades från verksamhetschefen för Transplantationscentrum på Sahlgrenska universitetssjukhuset efter ett informerande möte där risk och nytta med studien diskuterades. Därefter kontaktades sjuksköterskor på transplantationsmottagningen för att etablera kontakt med lämpliga informanter. Dessa tillfrågades om deltagande och vid medgivande fick vi ta del av deras kontaktuppgifter och kom överens om en tid för möte.

RESULTAT

I pilotstudien intervjuades fyra personer, av dessa var tre kvinnor och en man, de hade transplanterats mellan 2006 och 2011 och vårdtiden på intensivvårdsavdelningen varierade, en informant hade vårdats i tre dygn, två i två månader och en i fyra månader. Informanterna var 34, 51, 53 och 69 år gamla. Intervjuerna pågick i ca 30 minuter. Innehållsanalysen av de transkriberade intervjuerna resulterade till fyra kategorier; upplevelse av trygghet, upplevelse av medpatienten, upplevelse av obehag och fokus på sig själv (tabell 1).

UPPLEVELSE AV TRYGGHET

I intervjuerna framkom att upplevelsen av att höra andra människor prata runt omkring gav en känsla av trygghet. Att ha ytterligare en patient på salen innebar att få mer hörselintryck och närvaron av mer personal på salen som bidrog till trygghetskänslan. Intensivvårdsmiljön och den ständiga övervakningen upplevdes som en källa till trygghet och man kände tillit för personalen.

”IVA är den avdelningen där det ens inte hinner hända något innan de är där (...) Jag hade sån tillit”

”Därför tyckte jag att det var skönt att det var folk omkring mig hela tiden.”

”Ja, inte negativt alls. Det var positivt snarare. Ju mer röster man hörde att det är folk omkring det blir mer en trygghet också. Det tycker jag var positivt.”

”Det var bra att det var två patienter så att det var mer ljud och så, även om man inte uppfattade allt. Men man hörde att det var personer i närheten och det var en trygghet att höra röster och att höra att någon var där. Då kände jag mig trygg.”

UPPLEVELSE AV MEDPATIENTEN

Informanterna upplevde att de inte såg särskilt mycket av medpatienten p.g.a. av fördragna skynken. Flertalet uppgav att de hört ljud framför allt från den medicintekniska apparaturen men inte direkt från patienten, men en informant uppgav den andre patienten jämrat sig mycket och gett uttryck för smärta.

”Det lät väldigt mycket från henne, hon hade väldigt mycket ont hela tiden. Ja, jag kände att hon var väldigt dålig som låg där, den uppfattningen fick jag.”

De uttryckte en nyfikenhet på medpatientens tillstånd och att de velat se men inte kunnat eller fått. Huruvida dessa intryck upplevdes som störande eller inte varierade men majoriteten tyckte inte det. Att se den andre patienten ansågs inte vara en fördel eller möjlighet att öka förståelsen för sin egen situation eller utseende. Samtliga informanter hade reflekterat över medpatientens tillstånd och några hade lyssnat vid överslagningar och/eller ställt frågor. Orsaken till det här beteendet var enligt flertalet informanter ett behov av stimuli i en mycket begränsad upplevelsevärld.

”Jag tyckte det var jobbigt att inte se varandra, men det var la bra speciellt om de har mycket grejer. Jag var lite nyfiken.”

”Det lät väldigt mycket från henne (...) men det var inget jag stördes av, det kan jag inte påstå.”

”I och med att det är det enda som händer, alltså att den verkligheten är det enda för mig (...) Så därför så var mycket ljud och ljudupptag.”

Informanterna uttryckte sympati för sina medpatienters tillstånd och upplevde att de kunde leva sig in i deras situation och en del kände en gemenskap med dem. Att se en annan svårt sjuk patient upplevdes inte som en källa till oro men inga fördelar upplevdes heller. Ingen av informanterna hade i efterhand reflekterat över utgången för de andra patienterna.

”Så har jag ju ingen positiv känsla av att dela rum med någon annan. Det har inte gett mig nånting.”

”Nä, jag brydde mig faktiskt inte att det var någon bredvid mig, utan det var mer att jag tyckte synd om dem också för man visste ju vad de genomlevde. Jag visste ju själv vad de kanske låg och kämpade med. De kanske låg och kämpade lika äckligt som jag. Men de kanske var rädda. Det kanske bara var ett stort sår där va. Det var väldigt noga att jag inte såg nån annan och jag vet inte varför de var rädda för det. Det var jättenoga märkte jag.”

UPPLEVELSE AV OBEHAG

En del av informanterna hade minnen av att ha sett nedstämda människor på salen och känt av en sorgsen stämning. De var medvetna om att dessa människor inte var deras egna närstående utan var där för att hälsa på patienten som låg bredvid dem. De hade även sett och hört den andra patienten i situationer som upplevdes som obehagliga. De intryck som upplevts som obehagliga var att de hört medpatienten jämra sig, apparater låta och larm ljuda.

”De minnen jag har av att ha varit tillsammans med andra människor det är framför allt ledsna, nedstämda människor som kommer in i rummet, ungefär som att det är någon som har avlidit.”

Dessa intryck hade i vissa fall fått dem att känna sig förvirrade men en informant upplevde att hon varit så pass frisk att hon kunde uppfatta situationen korrekt och få ett sammanhang.

”Jag kände att jag blev påverkad av för jag förstod aldrig riktigt vad det var.”

”Då vet jag att jag blev så här jätterädd, jag bara är det jag eller vad är det som har hänt här nu ska jag dö”

”Jag var ju så pass bra att jag fick ett sammanhang i det hela.”

Att vårdas nära en annan person innebar att vårdpersonalen ofta riktade sig till den andre patienten och detta kunde upplevas som att man blev bortvald och inte förstod varför man inte själv fick uppmärksamhet i den situationen.

”Jag kommer ihåg att det ligger andra människor i rummet och det gör jag också för att personalen vände sig mycket till den, och så tänkte jag att åh, kan inte ni komma till mig och så gick de till den istället.”

FOKUS PÅ SIG SJÄLV

Informanterna upplevde att avskildhet inte var en prioritet när de vårdades på en intensivvårdsavdelning utan fokus låg på överlevnad. Att det var en medpatient som var på samma sal som dem var ingen faktor som de upplevde som negativ eftersom de fokuserade på sig själva. De stördes inte av sina medpatienter och kände sig inte hämmade då de själva fick besök. Däremot kunde de känna att de ville respektera medpatientens och dennes närståendes avskildhet och därför valde att titta bort.

”Nä, du vet jag tycker ligger man inne på ett sjukhus, då är man där för att man skall bli bättre och då får man lämna allt sånt där, tycker jag. Privatliv och så men jag hade besök ganska mycket och det var aldrig nåt som störde det på något sätt. Då när jag kunde prata så kunde vi prata om vad som helst utan att det var nåt besvärligt.”

”Jag hade ju fullt upp med mig själv, jag visste ju inte själv om jag skulle överleva.”

”Föräldrarna var ganska sammanbitna och det var mycket så här och jag försökte att inte titta så mycket å den personen av respekt.”

Tabell 1: Exempel på analysens gång

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Kod	Kategori
....det var bra att det var två patienter så att det var mer ljud och så, även om man inte uppfattade allt. Men man hörde att det var personer i närheten och det var en trygghet att höra röster och att höra att någon var där..	Det var tryggt att det var mer personer och ljud runt omkring en.	Trygghet	Upplevelse av trygghet
Nä, jag brydde mig faktiskt inte att det låg någon bredvid mig utan att det var mer att jag tyckte synd om den också för man vet ju vad de genomlevde	Brydde sig inte om. Tyckte synd om medpatienten.	Sympati	Upplevelse av medpatienten
Personalen vände sig mycket till den, och så tänkte jag att åh, kan inte ni komma till mig och så gick de till den istället, och då tänkte jag att varför kan ni inte vara hos mig istället,... , och det upplevde jag att då blev jag ledsen över det...	Personalen vänder sig mycket till andra människor på rummet.	Bortvald	Upplevelse av obehag
Det kan vara väldigt hemskt, jag hade ju fullt upp med mig själv. Jag visste ju inte själv hur jag skulle överleva.	Jag hade fullt upp med mig själv, fokuserade på att jag skulle överleva.	Fokus på sig själv	Fokus på sig själv

Sammanfattningsvis upplevde patienterna en trygghet och hade mest fokus på sig själva, en del obehag upplevdes i enstaka situationer men detta påverkade inte helhetsupplevelsen av intensivvården. Informanterna uttryckte sympati för medpatienterna och uppgav att de inte funnit dem störande. De kände inte att upplevelsen av att ha vårdats tillsammans med andra patienter påverkat dem i efterhand.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Genom att informanterna med egna ord fick berätta om sina minnen blev resultatet att upplevelsen beskrevs och därför var kvalitativa intervjuer en lämplig metod för att svara på syftet. Öppna frågor ökar möjligheten för informanten att ge sin bild av upplevelsen utan att hindras av ledande frågor. De intervjuer som genomfördes gav långa beskrivande svar.

Patienter som levertransplanterats är överrepresenterade i den grupp som vårdats en längre tid inom intensivvården men är trots detta en relativt liten grupp (43, 44). Vårt urval visade sig därför innebära hinder för att få tillräckligt många informanter som föll inom ramarna för inklusionskriterierna, därför breddades dessa under pilotstudiens gång genom att en informant med en kortare vårdtid inkluderades. I den storskaliga studien kommer kravet på vårdtidens längd sänkas till elva dagar och även andra patientgrupper inkluderas. Detta för att öka antalet möjliga deltagare och fånga in upplevelsen för oplanerade patienter som inte varit förberedda på sin vistelse inom intensivvården. Anledningen till att gränsen för vårdtiden sätts vid elva dygn är för att detta är en vanligt förekommande indelning (11, 12). Att ändra metoden under studiens gång är vanligt inom kvalitativ forskning eftersom alla faktorer som påverkar valet av inklusionskriterier och datainsamlingsmetod omöjligen kan vara fullt kända för författarna innan arbetet påbörjats och syftet med att göra en pilotstudie är att testa metoden (38).

Pilotstudiens båda författare hade en förförståelse för det område som studerades och detta har kunnat påverka resultatet i båda riktningar då en viss förförståelse underlättar analysen men kan även hindra objektiviteten. Intervjuguiden säkerställde att frågorna ställdes på samma sätt till alla informanter. Inför den fullskaliga studien bör dock en diskussion om vilka följdfrågor som kan förväntas bli nödvändiga föras. För att undvika ett vinklat resultat formulerades intervjufrågorna utifrån antagandet att både positiva och negativa aspekter av fenomenet fanns. För att utföra analysen på ett korrekt sätt studerades kvalitativ innehållsanalys som metod ingående och endast en beskrivning användes för att uppnå kongruens i analysen. Fördelen med analysen är att forskaren själv kan välja vilken tolkningsnivå som skall användas d.v.s. antingen manifest eller latent. Dock tillämpas ingen avancerad tolkning och författarna håller sig så nära texten som möjligt för att identifiera likheter och skillnader.

Genom att intervjuerna spelades in kunde en ordagrann transkribering genomföras. Intervjuerna lästes upprepade gånger för att få en bild av helheten. Båda författarna till studien kodade datainsamlingen vilket ökar trovärdigheten av resultatet. Genom att alla meningsbärande enheter i texten identifierades och analyserades bibehölls objektivitet. Trovärdigheten av den här studiens resultat ökar av att vissa likheter tydligt framkom i informanternas beskrivningar av sina upplevelser. Citat användes i resultatredovisningen för att öka trovärdigheten och låta läsaren ta del av den faktiska intervjun. Eftersom underlaget i en pilotstudie är litet kan inget överförbart resultat nås dock är syftet med kvalitativ forskning att undersöka hur det kan vara och inte hur ofta det är så (38, 40). Forskningsetik bibehölls genom att författarna värnade om informanternas välbefinnande vilket innebar att kontakt med och återbesök till intensivvårdsavdelningen initierades då behov förelåg, detta blev aktuellt i ett fall.

RESULTATDISKUSSION

I den här pilotstudien framkom det att patienterna upplevde personalens och medpatienternas konversationer som en källa till trygghet. Detta stämmer inte överens med tidigare forskning då denna aspekt vanligen beskrivs som en störande faktor (16, 35, 46). Dock uppger informanterna i den här pilotstudien att närvaro av sjuksköterskor skapar en upplevelse av trygghet. I och med dessa fynd kan både för- och nackdelar ses med den konstanta närvaron och övervakning av personal som intensivvårdsmiljön innebär för patienten. Att personalens arbete kan upplevas både som störande och en trygghet bör beaktas och patienternas individuella behov tillgodoses (4, 5, 8, 9, 47-49). Tilliten till personalens förmåga och välvilja påverkar starkt hur patienten upplever sin vårdtid inom intensivvården (48, 49).

Resultatet av pilotstudien visar att informanternas upplevelse påverkades positivt genom att de kände trygghet i intensivvårdsmiljön. Denna trygghet kopplades direkt till sjuksköterskorna och deras närvaro och övervakning. En stark tillit till dem som yrkesutövare beskrevs också. Detta stämmer överens med teorin om rum och plats (28) där människans upplevelse av en miljö kan ändras genom att andra känslor associeras med den. Exempelvis kan sjuksköterskan ändra en negativ upplevelse av en skrämmande intensivvårdsmiljö till en positiv genom att skapa trygghet hos patienten, vilket även beskrivs av Segesten (27).

I resultatet av pilotstudien nåddes slutsatsen att syn- och hörselintryck som härstammar från medpatienten inte upplevdes lika störande som tidigare forskning visat (6-9, 16, 47). Detta indikerar en mer mångfacetterad bild av patienternas upplevelse av intensivvårdsmiljön och stora individuella skillnader. Deltagarna upplevde att larm från den medicintekniska apparaturen var störande men att ljud från medpatienten var mer acceptabelt. Detta antyder att ju mer teknik som används desto mer stressande miljö och eftersom antalet larm ökar med patientantalet på salen kan detta anses skapa en stressfylld miljö (1). Tidigare forskning har

visat att patienter inom intensivvården kan få en större förståelse för de omvårdnadsåtgärder som utförs om de kan observera när en annan patient vårdas (48). I denna pilotstudie kom dock motsatsen fram och patienterna kände sig inte stärkta av upplevelsen. Den nyfikenhet informanterna gav uttryck för tyder på gemenskap med och sympati för medpatienten som är i samma situation. Det kan också vara ett sätt att få någon form av stimuli i en annars kraftigt begränsad upplevelsevärld (6, 7, 9). Fredriksen (4) diskuterade att patientens uppfattningsförmåga begränsades inom intensivvården framför allt p.g.a. att patienten är sängliggande och då inte kan se rummet i sin helhet. Att patienter ofrivilligt tar del av överrapporteringar är ett hot mot sekretessen då känslig information diskuteras (6, 8, 9, 18). Sekretess är ett av de starkaste skälen som tas upp i forskningen om enkelsalar (3, 31-35). Informanterna reflekterade över medpatientens tillstånd och kunde känna en gemenskap i relation till att de båda befann sig i ett kritiskt tillstånd men ingen av dem hade i efterhand reflekterat över utgången för medpatienten. Detta antyder att de på kort sikt påverkas men på lång sikt inte upplever några negativa aspekter av närvaron av medpatienter.

Informanterna i pilotstudien uppgav att de sett nedstämda människor på salen som bidrog till en sorgsen stämning. De hade hört medpatienten jämra sig och en informant beskrev ett tillfälle då det hade larmat och många människor sprungit in på salen, detta hade fått henne att känna förvirring och dödsångest. Liknande upplevelser finns även beskrivet i andra studier (47, 48). En person som befinner sig i den här situationen och själv är svårt sjuk bör inte utsättas för sådana stressfyllda intryck då detta ökar risken för PTSD (15, 50). Relationen till sjuksköterskan är mycket viktig för patientens välbefinnande (48). En informant i pilotstudien upplevde att hon känt sig bortvald när personalen ägnade sig åt den andra patienten, det orsakade känslor av att vara mindre värd än medpatienten. Eftersom dessa känslor kan uppstå hos patienter som är svårt sjuka och har ett stort behov av mänsklig kontakt borde sjuksköterskan alltid finnas till hands i de situationerna, något som omöjliggörs om uppmärksamheten måste delas på två patienter. Det kan även spekuleras kring ifall det är just relationen till sjuksköterskan och tryggheten den skapar som bidrar till att patienterna inte upplever att detta obehag påverkar helhetsupplevelsen av vårdtiden.

Pilotstudiens resultat visar att patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning inte upplever brist på avskildhet trots att de har vårdats på en flerbäddssal. Tidigare forskning som belyser frågan på medicinska och kirurgiska vårdavdelningar visar dock motsatsen (31-34,36). Informanterna i denna pilotstudie upplevde sig inte hämmade när deras närstående besökte dem men samtidigt uppgav de att de försökte respektera medpatientens avskildhet. Informanterna upplevde inte avskildhet som en prioritet på intensivvårdsavdelningen utan uttryckte att de fokuserade på sig själva och sin överlevnad. Att kritiskt sjuka patienter fokuserar på sin överlevnad och att andra aspekter inte är av vikt har tagits upp av Shattell et al (49). Även om avskildhet är viktigt så överskuggas det av viljan att överleva och därför framkommer avskildhet inte som ett stort behov i resultatet.

En nytillkommen studie (51) som publicerats efter pilotstudien påbörjats har liknande resultat på några punkter. Dess resultat visar att patienter på intensivvårdsavdelningar störs av ljud från medpatienterna, den tekniska apparaturen och personalen. Framför allt skrik från medpatienterna och att tvingas lyssna på samtal om dem skapade obehag. Apparatlarm kunde störa sömnen och skapa oro för den egna hälsan. Personalens arbete och konversationer hade trots att det kunde uppfattas som störande även potential att skapa trygghet genom att patienterna kände deras närvaro. Patienterna hade tillit till personalens kunskap och förmåga vilket bidrog till en känsla av trygghet.

Då den fullskaliga studien genomförs kan det större underlaget eventuellt göra resultatet mer samstämmigt med tidigare forskning. Informanterna kommer då att ha haft en vårdtid på minst elva dygn och detta kan påverka vilka faktorer som är störande och sannolikheten att de upplevt obehagliga situationer ökar. Dock får de även större möjlighet att skapa en relation till sjuksköterskan. En informant i pilotstudien hade en kortare vårdtid och en mer positiv upplevelse än de med längre vårdtid. Detta kan förklaras av att hon kände att hon fått en bra relation och tillit till sjuksköterskan och inte hade upplevt några akuta situationer. Att uppleva fokus på sig själv och att prioritera överlevnad över allt annat borde höra samman med hur allvarligt sjuk man är vilket är en faktor som påverkar vårdtidens längd, därför är sannolikheten stor att detta resultat skulle nås även i den fullskaliga studien.

SLUTSATS

Resultatet visar att patienter inom intensivvården inte upplever närvaron av andra patienter på salen som en i huvudsak negativ aspekt. De känner snarare att de ljud som orsakas av vården av medpatienten och de konversationer som förs är en källa till trygghet. Detta kan förklaras med att de har fokus på sitt eget tillstånd och att sjuksköterskorna skapar en trygghet genom sin närvaro som motverkar de förekommande obehagliga intryck i form av förvirring, nedstämdhet och känslan av att bli bortvald. Då resultatet av denna pilotstudie inte är helt samstämmigt med tidigare kunskap behövs ytterligare forskning på området.

REFERENSER

1. Chambrin MC, Ravoux P, Calvelo-Aros D, Jaborska A, Chopin C, Boniface B. Multicentric study of monitoring alarms in the adult intensive care unit (ICU): a descriptive analysis. *Intensive Care Medicine*. 1999;25(12):1360-6.
2. Hu R-f, Jiang X-y, Zeng Y-m, Chen X-y, Zhang Y-h. Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment. *Critical Care*. 2010;14(2).
3. Chaudhury H, Mahmood A, Valente M. Advantages and Disadvantages of Single-Versus Multiple-Occupancy Rooms in Acute Care Environments: A Review and Analysis of the Literature. *Environment and Behavior*. 2005;37(6):760-86.
4. Fredriksen S-TD, Ringsberg KC. Living the situation stress-experiences among intensive care patients. *Intensive & critical care nursing*. 2007;23(3):124-31.
5. Meyer TJ, Eveloff SE, Bauer MS, Schwartz WA, Hill NS, Millman RP. Adverse environmental conditions in the respiratory and medical ICU settings. *Chest*. 1994;105(4):1211-6.
6. Novaes MA, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel E. Stressors in ICU: patients' evaluation. *Intensive Care Medicine*. 1997;23(12):1282-5.
7. Pang PSK, Suen LKP. Stressors in the ICU: a comparison of patients' and nurses' perceptions. *Journal of clinical nursing*. 2008;17(20):2681-9.
8. Wenham T, Pittard A. Intensive care unit environment. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*. 2009;9(6):178-83.
9. Yava A, Tosun N, Ünver V, Çiçek H. Patient and nurse perceptions of stressors in the intensive care unit. *Stress and Health*. 2011;27(2):36-47.
10. Svenska Intensivvårdsregistret - SIR. Om SIR - Svenska Intensivvårdsregistrets organisation, syfte och mål. 2009 [2012-05-05]; Available from: <http://www.icuregswe.org/sv/Om-SIR/>.
11. Martin CM, Hill AD, Burns K, Chen LM. Characteristics and outcomes for critically ill patients with prolonged intensive care unit stays. *Critical care medicine*. 2005;33(9):1922-7.
12. Svenska Intensivvårdsregistret - SIR. Vårdtidsfördelning. 2012 [2012-04-25]; Available from: <http://portal.icuregswe.org/ver2/>
13. Fridh I. Vårdmiljö, vård och omvårdnad vid livets slut inom intensivvård. Dissertation. Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet; 2009.
14. Rizzo JA, Frizzi JD. A Study of Noise Levels in an Open-Bay ICU. *ICU Director*. 2010;1(6):304-7.
15. Samuelson K, Lundberg D, Fridlund B. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients - a 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2007;51(6):671-8.
16. Bizek K, Fontaine D. The patient's experience with critical illness. *Critical care nursing: a holistic approach* / [edited by] Patricia Gonce Morton, Dorrie K Fontaine. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
17. Berglund B, Lindvall T, Schwela D. Guidelines for community noise. Geneva: World health organization; 1999 [cited 2012]; Available from: www.who.int/docstore/peh/noise/commnoise4.htm.

18. Elpern EH, Patterson PA, Gloskey D, Bone RC. Patients' preferences for intensive care. *Critical care medicine*. 1992;20(1):43-7.
19. Almerud Österberg S. *Vigilance & invisibility: care in technologically intense environments*. Dissertation. Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö universitet; Växjö University Press; 2007.
20. Woogara J. Human rights and patients' privacy in UK hospitals. *Nursing ethics*. 2001;8(3):234-46.
21. Woogara J. Patients' Privacy of the Person and Human Rights. *Nursing ethics*. 2005;12(3):273-87.
22. Douglas CH, Douglas MR. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health expectations*. 2004;7(1):61-73.
23. Bazuin D, Cardon K. Creating healing intensive care unit environments: physical and psychological considerations in designing critical care areas. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2011;34(4):259-67.
24. Chaboyer W. Identifying ICU patients' experiences and needs. *Australian Critical Care*. 2002;15(2):84-5.
25. Hupcey JE. Feeling Safe: The Psychosocial Needs of ICU Patients. *Journal of Nursing Scholarship*. 2000;32(4):361-7.
26. Lasiter S. Older adults' perceptions of feeling safe in an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(12):2649-57.
27. Segesten K. *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg; 1994.
28. Andrews GJ, Shaw D. Clinical geography: nursing practice and the (re)making of institutional space. *Journal of Nursing Management*. 2008;16(4):463-73.
29. Andrews GJ, Moon G. Space, Place, and the Evidence Base: Part I—An Introduction to Health Geography. *Worldviews on Evidence - Based Nursing*. 2005;2(2):55-62.
30. Olausson S, Ekebergh M, Lindahl B. The ICU patient room: Views and meanings as experienced by the next of kin: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2012;28(3):176-84.
31. Florey L, Flynn R, Isles C. Patient preferences for single rooms or shared accommodation in a district general hospital. *Scottish Medical Journal*. 2009;54(2):5-8.
32. Chaudhury H, Mahmood A, Valente M. Nurses' perception of single-occupancy versus multioccupancy rooms in acute care environments: An exploratory comparative assessment. *Applied Nursing Research*. 2006;19(3):118-25.
33. Malcolm HA. Does Privacy Matter? Former patients discuss their perceptions of privacy in shared hospital rooms. *Nursing ethics*. 2005;12(2):156-66.
34. Jolley S. Single rooms and patient choice. *Nursing standard*. 2005;20(9):41.
35. Gabor JY, Cooper AB, Crombach SA, Lee B, Kadikar N, Bettger HE, et al. Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2003;167(5):708-15.
36. Ehrlander W, Ali F, Chretien KC. Multioccupancy hospital rooms: veterans' experiences and preferences. *Journal Hospital Medicine*. 2009;4(8):22-7.
37. Starrin B, Renck B. Den kvalitativa intervjun. In: Svensson P-G, Starrin B, editors. *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 1996.

38. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
39. Trost J. Kvalitativa intervjuer. Lund: Studentlitteratur; 2010.
40. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today. 2004;24(2):105-12.
41. Forsman B. Forskningsetik: en introduktion. Lund: Studentlitteratur; 1997.
42. Etikprövningsnämnden. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. [12011]; Available from: http://www.ibl.liu.se/student/bvg/filarkiv/1.77549/Forskningsetiska_principer_fix.pdf.
43. Svenska intensivvårdsregistret - SIR. Vårdtidsfördelning, inskrivningsperiod 2011 - Västra Sverige CIVA. 2012 [2012-05-07]; Available from: <http://portal.icuregswe.org/ver2/Rapport.aspx#>.
44. Svenska Intensivvårdsregistret - SIR. Vårdtidsfördelning, inskrivningsperiod 2011. 2012 [2012-05-07]; Available from: <http://portal.icuregswe.org/ver2/Rapport.aspx>.
45. Svensk författningssamling - SFS. Lag om etikprövning och forskning som avser människor. (2003:460). 2003 [120111]; Available from: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003:460>.
46. Donchin Y, Seagull FJ. The hostile environment of the intensive care unit. Current opinion in critical care. 2002;8(4):316-20.
47. Fontaine DK, Briggs LP, Pope-Smith B. Designing humanistic critical care environments. Crit Care Nurs Q. 2001 Nov;24(3):21-34.
48. Granberg A, Engberg IB, Lundberg D. Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. Intensive & Critical Care Nursing. 1998;14(6):294-307.
49. Shattell M, Hogan B, Thomas SP. "It's the people that make the environment good or bad": the patient's experience of the acute care hospital environment. AACN clinical issues. 2005;16(2):159.
50. Scragg P, Jones A, Fauvel N. Psychological problems following ICU treatment. Anaesthesia. 2001;56(1):9-14.
51. Johansson L, Bergbom I, Wayne KP, Ryherd E, Lindahl B. The sound environment in an ICU patient room-A content analysis of sound levels and patient experiences. Intensive Crit Care Nurs. 2012 Apr 24.

Bilaga 1: Intervjuguide

Kan du berätta om hur du upplevde av att vårdats länge på ett IVA-rum tillsammans med en annan patient?

Hur påverkade det dig?

Vilka för- och nackdelar upplevde du?

Har du några specifika upplevelser som du vill dela med dig?



Forskningpersonsinformation

Studie om upplevelsen av att vårdas på rum med flera patienter på en intensivvårdsavdelning

Studiens bakgrund: Varje år vårdas många personer inom intensivvården och majoriteten av dessa delar rum med andra patienter. En hel del forskning har bedrivits på området flerbäddssalar men få studier har vänt sig till de som vårdats på en intensivvårdsavdelning. Vi vill veta hur man påverkas, positivt eller negativt, av att ha andra personer i rummet när man själv får avancerad vård.

Förfrågan om deltagande: Du som vårdats en längre tid på en intensivvårdsavdelning tillfrågas att delta i studien för att beskriva dina upplevelser. Du har blivit tillfrågad av sjuksköterskor på Transplantationsmottagningen om vi får kontakta dig och först då har vi fått dina uppgifter.

Studiens genomförande: Om du väljer att delta kommer vi att intervjua dig. Du kommer själv att kunna påverka när och var intervjun ska äga rum. Samtalet kommer att spelas in på bandspelare och tar ca 30-60 minuter. Frågorna kommer att handla om dina upplevelser då du vårdades på intensivvårdsavdelningen, framför allt hur du kände inför att det låg andra patienter på samma rum. Intervjun kommer att skrivas ut av oss och innehållet analyseras.

Risker och fördelar: Vi hoppas att du inte på något sätt mår dåligt om du väljer att delta i studien, men om du skulle göra det kan du ta kontakt med den kurator som är kopplad till mottagningen du går på. Vilka svar du ger på våra frågor är helt upp till dig och du väljer själv vad du vill ta upp. Fördelar med studien kan vara bättre förutsättningar för vården av intensivvårdspatienter i framtiden.

Hantering av data och sekretess: Texten som vi skriver ut efter vårt samtal med dig kommer att vara avidentifierad, ditt namn eller andra uppgifter som kan härleda till dig kommer alltså inte att synas. Enligt gällande regler kommer materialet att förstöras efter studiens genomförande. Dina uppgifter behandlas enligt Personuppgiftslagen (SFS1998:204).

Frivillighet: Deltagandet i studien är helt frivilligt, du kan när som helst avbryta ditt deltagande och kommer inte att behöva förklara varför. Din framtida vård eller den uppföljning som sker kommer inte på något sätt att påverkas.

Studiens resultat: Resultatet av vår analys kommer att redovisas i en uppsats vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa på Göteborgs Universitet och eventuellt leda till ytterligare omvårdnadsforskning som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Du kan ta del av resultatet genom kontakt med oss. Om du undrar över något som har med studien att göra får du gärna höra av dig till någon av dessa personer:

Emma Ljungberg
Leg. sjuksköterska,
gusljunem@student.gu.se

Mina Sikiric
Leg. sjuksköterska,
gussikmi@student.gu.se

Mona Ringdal
Intensivvårdssjuksköterska, Fil Dr
mona.ringdal@fhs.gu.se Tel: 031- 7866091