

# Patienters upplevelser av att vårdas en längre tid på sjukhus

**FÖRFATTARE**

Lisa Möller  
Anna Svensson

**PROGRAM/KURS**

Specialistsjuksköterskeprogrammet  
med inriktning medicin,  
60 högskolepoäng  
OM5360  
VT 2015

**OMFATTNING**

15 högskolepoäng

**HANDLEDARE**

Lena Björck

**EXAMINATOR**

Tone Ahlborg  
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Patienters upplevelser av att vårdas en längre tid på sjukhus
Titel (engelsk):	Patients experiences of long stays in hospital
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot medicinsk vård, 60 högskolepoäng, OM5360
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	27 sidor
Författare:	Lisa Möller, Anna Svensson
Handledare:	Lena Björck
Examinator:	Tone Ahlborg

## SAMMANFATTNING

**Introduktion:** Utvecklingen inom somatisk slutenvård har under de senaste decennierna gått mot kortare vårdtider. En del patienter på sjukhus vårdas under betydligt längre tid än genomsnittet. Detta skulle kunna leda till fysiskt lidande för patienten, en känsla av hopplöshet på grund av ovisshet gällande sjukdomsförlopp och vårdtidens längd, saknad av familj, en längtan tillbaka till arbetslivet och övrigt socialt liv. Få studier inom medicinsk slutenvård har undersökt patienters upplevelser av att vårdas länge på sjukhus. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser av att vårdas mer än 40 dagar på sjukhus. **Metod:** Författarna har gjort kvalitativa semistrukturerade intervjuer med patienter som vårdats 40 dagar eller mer på sjukhus. Därefter har en innehållsanalys gjorts. **Resultat:** Materialet från intervjuerna har analyserats och kodats och sedan sammanförts i tre kategorier: *Att bli sjuk, Att klara sig själv och Att få stöd*. Under varje kategori framkom subkategorier som mer specifikt beskrev personernas upplevelser. *Att bli sjuk* består av: *Utelämnad, Att vänja sig och Förändrade relationer*. *Att klara sig själv* består av: *Kamp, Mål och Strategier*. *Att få stöd* består av: *Relationer och Sjukhusmiljön*. **Konklusion:** Patienterna i studien upplevde att det var svårt att gå från att vara frisk till att bli sjuk och att vara beroende av hjälp vilket ledde till en känsla av att vara utelämnad. Patienterna beskrev hur de kämpade för att kunna klara sig själva igen och att de satte upp mål och strategier för sig själva. Att få stöd från närstående, vänner och vårdpersonal underlättade. Patienterna upplevde att miljön på sjukhuset var betydelsefull och kunde ha en positiv påverkan men även att miljön kunde vara ett hinder. **Nyckelord:** Patient, Upplevelse, Vårdtid, Patienttillfredsställelse.

## ABSTRACT

**Introduction:** The development of the Swedish health-care system has made hospital length of stay shorter the past decades. Some patients stay longer in the hospital than the average patient. This could possibly lead to suffering for the patient and a feeling of hopelessness related to not knowing the prognosis, to miss ones family and to miss ones work and other social activities. Few studies are conducted about inpatients experiences of long hospital stays. **Purpose:** The purpose of the study is to explore patients' experiences of being hospitalized for 40 days or more. **Method:** Semi-structured interviews were conducted with patients hospitalized for 40 days or more. A qualitative content analysis was conducted. **Result:** The interviews were analyzed and coded, and three categories emerged: *Become ill, Manage oneself, Get support*. The categories consist of subcategories that more specifically describes the patients' experiences. *Become ill consists of: Exposed, Get used to, and Changed relationships*. *Manage oneself consists of: Struggle, Goals, and Strategies*. *Get support consists of: Relationships and Hospital environment*. **Discussion:** The patients in the study had a hard time getting to grip with the fact that they had become ill and to become dependent of help from others made them feel exposed. The patients described how they struggled to manage themselves again and how they came up with goal and strategies. They felt that support from families, friends and healthcare-professionals helped them. In addition, the environment in the hospital was important and could have a positive impact but could also be a hindrance. **Keywords:** Inpatient, Experience, Length of stay, Patient satisfaction.

<b>INNEHÅLL</b>	<b>Sid</b>
<b>INTRODUKTION</b>	<b>3</b>
INLEDNING.....	3
BAKGRUND.....	3
Tidigare forskning.....	3
Teoretisk referensram.....	6
The alienation of the sufferer.....	6
Teorin om övergångar; transition theory.....	6
Problemformulering.....	8
<b>SYFTE</b>	<b>9</b>
<b>METOD</b>	<b>9</b>
VALD METOD.....	9
URVAL.....	9
TILLVÄGAGÅNGSSÄTT.....	9
Godkännande.....	9
Förfrågan om medverkan.....	10
DATAINSAMLING.....	10
Plats för intervjun.....	10
DATAANALYS.....	11
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	12
<b>RESULTAT</b>	<b>13</b>
ATT BLI SJUK.....	13
Utelämnad.....	13
Förändrade relationer.....	15
Att vänja sig.....	15
ATT KLARA SIG SJÄLV.....	16
Kamp.....	16
Mål.....	16
Strategier.....	16
ATT FÅ STÖD.....	17
Relationer.....	17
Sjukhusmiljön.....	17
<b>DISKUSSION</b>	<b>18</b>
METODDISKUSSION.....	18
RESULTATDISKUSSION.....	19
Samhälleliga aspekter.....	22
Slutsats.....	23
<b>REFERENSER</b>	<b>24</b>

## **Bilagor**

Bilaga 1 Forskningspersonsinformation

Bilaga 2 Frågeguide för intervjun

## INTRODUKTION

### INLEDNING

Utvecklingen inom somatisk slutenvård har under de senaste decennierna gått mot kortare vårdtider. Medelvårdtiden för sjukhusvård i Sverige år 2012 var 4,3 vårddygn (Socialstyrelsen, 2012). En del patienter blir kvar på sjukhuset under betydligt längre tid än genomsnittet. Som sjuksköterskor inom slutna somatisk vård träffar vi då och då patienter med betydligt längre vårdtid än genomsnittspatienten. Vår förförståelse efter dessa möten är att långa vårdtider kan innebära lidande för patienten. Detta kan yttra sig i fysiskt lidande, en känsla av hopplöshet på grund av ovisshet gällande sjukdomsförlopp och vårdtidens längd, saknad av familj, en längtan tillbaka till arbetslivet och övrigt socialt liv. Därför är det relevant att ta reda på hur patienterna upplever sin situation för att kunna förbättra omvårdnaden för dessa patienter.

### BAKGRUND

Vårdtiderna i Sverige har minskat under de senaste decennierna. För samtlig hälso-och sjukvård minskade medelvårdtiden under 1980-talet från 23 till 18 dagar per vårdtillfälle i Sverige. Även inom internmedicinsk korttidsvård minskade medelvårdtiden under 1980-talet och var 1990 7,5 dagar per vårdtillfälle (Skalin, 1991). Under 2000-talet hade vårdtiderna ytterligare förkortats och var 4,3 vårddygn 2012 (Socialstyrelsen, 2012).

Under 2013 registrerades 109 207 vårdtillfällen inom specialiserad somatisk slutenvård på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) (Statistik-Västra Götalandsregionen 2015). Detta kan jämföras med att 480 patienter vårdats 40 dagar eller mer under perioden 2013-12-01-2014-11-30 (Personlig kommunikation, Patientregistreringssystem) inom somatisk vård på SU.

#### Tidigare forskning

Flera tidigare studier har undersökt brännskadeoffer och deras upplevelser av vårdtiden. Dessa patienter kan ha omfattande skador som ofta kräver längre vårdtider än genomsnittet (Kornhaber, Wilson, Abu-Qamar, & McLean, 2014). Wikehult, Hedlund, Marsenic, Nyman, och Willebrand (2008) har på brännskadeenheten i Uppsala undersökt patienters upplevelser av vårdtiden. Författarna fann att det var vanligast med negativa erfarenheter under vårdtiden bland de som var allvarligast skadade. Dessa patienter hade ofta psykiska symptom såsom ångest och depression. Patienterna rapporterade även låg tillfredsställelse med vården (Wikehult et al., 2008).

Den vanligaste erfarenheten var en känsla av maktlöshet och en hög andel (67 %) av deltagarna kände sig maktlösa. Rädsla förekom oftare hos de patienter som hade vårdats flest dagar i respirator och hos patienter med längre vårdtid än de med kortare vårdtid. Osäkerhet sammankopplades med sämre kvalitet i kontakten med läkarna och obehag sammankopplades med sämre kvalitet i kontakten med sjuksköterskorna. Författarna menar att brännskadepatienter ofta är beroende av hjälp av personalen då de exempelvis kan ha bägge händerna i bandage eller inte kan eller får röra sig. Patienternas beroende av hjälp

sammankopplat med en oftast lång vårdtid innebar att patienterna kunde uppleva en obehaglig känsla av maktlöshet (Wikehult et al., 2008).

I en reviewstudie undersöktes vilka faktorer som påverkade rehabiliteringen för brännskadeoffer. I studien inkluderades 184 patienter med medianålder 41 år med en vårdtid på upp till 68 månader. Signifikanta faktorer som påverkade rehabiliteringen positivt för dessa patienter var effekten av stöd, coping, acceptans och vikten av förvärvsarbete. Det som påverkade rehabiliteringen negativt var graden av fysiska förändringar och begränsningar (Kornhaber, Wilson, Abu-Qamar, & McLean, 2014).

Andra grupper med relativt långa vårdtider är strokepatienter. I en kvalitativ intervjustudie undersöktes hur patienterna upplevde vårdtiden. Totalt intervjuades 14 strokepatienter (sju kvinnor och sju män) med en medianvårdtid på 43 dagar. Patienterna intervjuades i hemmet två veckor efter att de skrivits ut från slutenvården. Intervjuaren använde sig av öppna frågor, för att uppmuntra spontana svar. Studiens slutsats var att de flesta var allmänt nöjda med vården. (Theofanidis, Fountouki, & Pediaditaki, 2012).

Studier där patienttillfredsställelsen har studerats och dess samband med längd på vårdtiden visar på motsägelsefulla resultat. I en undersökning om hur nöjda patienter var med vården på ett franskt sjukhus användes enkäten Patient Judgments of Hospital Quality questionnaire of 106 items (PJHQ). Denna enkät fylldes i av patienterna två veckor efter att de kommit hem från sjukhuset. Enligt studien var patienter som vårdats på enheter som hade längre vårdtider mindre nöjda med vården än de som vårdats på enheter med kortare vårdtider (Nguyen, Briançon, Empereur & Guillemin, 2002).

Detta motsägs av resultaten i en undersökning vars syfte var att mäta patienternas tillfredsställelse med vården och undersöka vilka faktorer som påverkar tillfredsställelsen. I studien användes en enkät som inkluderade demografiska fakta, tillfredsställelse, patients behov och mental hälsostatus. Resultatet visade att 49,4% av deltagarna inte var nöjda med vården. Det fanns en signifikant relation mellan tillfredsställelse och utbildningsnivå, behov av medicinska insatser, hälsostatus och längd på vårdtiden. Tidigare erfarenhet av slutenvård och längre vårdtid var signifikant relaterat till högre grad av tillfredsställelse med den aktuella vården. Bahrampour et al menar att detta kan bero på att patienterna hade vana av sjukvårdssystemet och personalen och därför kände sig mindre rädda än om de hade varit på en ny och ovan plats. Enligt författarna är inte denna aspekt tidigare beforskad (Bahrampour & Zolalal, 2005).

Flera studier har undersökt patienters upplevelser av att ha vårdats länge på sjukhus men med fokus på hur patienter upplever att vara beroende av vård (Nåden & Bjørk, 2012; Strandberg, Åström & Norberg, 2002). I den svenska studien av Strandberg et al. (2002) som undersökte innebörden av att vara beroende av vård intervjuades en multisjuk man, hans hustru och två av hans sjuksköterskor. Resultatet visade att innebörden av att ta emot vård har två dimensioner, dels att visa sig vara värdig vården som tas emot och dessutom att hitta en mening med sin

existens. Rädslan för att bli en börda för omgivningen och rädslan för att bli övergiven gör att den sjuke kämpar för att klarar sig så mycket som möjligt själv (Strandberg et al., 2002).

I den norska studien av Nåden & Björk (2012) intervjuades 15 patienter som genomgått levertransplantation, i genomsnitt 28 dagar efter transplantationen. Dessa intervjuer genomfördes några dagar innan patienterna blev utskrivna. Patienterna var överlag nöjda med vården och kände sig väl omhändertagna men en del upplevde att de fått vänta länge på smärtlindring och hade upplevt vårdpersonal som inte behandlat dem väl. Flera kände även att de inte kunnat tala med vårdpersonalen om mardrömmar och hallucinationer utan de led i det tysta. Patienter som fick rejktion (avstötning) i sina transplanterat upplevde frustration och depression och kände att de inte fick stöd av vårdpersonalen i denna situation (Nåden & Björk, 2012).

Andra studier har undersökt patienters upplevelser av vården och patienters livskvalitet utan direkt koppling till längden på vårdtiden (Gardner, Elliott, Gill, Griffin & Crawford, 2005; Archibald, 2003; Murphy, Shea & Cooney, 2007). Det finns även forskning kring kostnader inom vården relaterat till längd på vårdtiden (Von Sternberg, Hepburn, Cibuzar, Convery, Dokken, Haefemeyer & Won-Savage, 1997).

Inom andra områden inom slutenvården såsom intensivvård, kirurgisk vård och kring vårdtiden efter förlossning finns forskning kring längd på vårdtid med koppling mellan patienters upplevelser och längden på vårdtiden. Dessa studier har i olika utsträckning undersökt patienternas upplevelser kring längden på vårdtiden. Studier inom intensivvård visade att ett eftervårdsprogram lett av sjuksköterskor som fokuserar på patienters och närståendes erfarenheter är möjligt att utveckla med relativt små resurser. Programmet skulle inkludera bland annat patientdagböcker och uppföljningsbesök på intensivvårdsavdelningen. Patienterna inom kirurgisk vård uttryckte vikten av dialog med personalen och ville inte att personalen skulle dra sig för att prata om känsliga saker. Patienterna var nöjda med den korta vårdtiden i stort och tyckte att de hade fått stanna tillräckligt länge. Patienterna tyckte att de hade fått tillräckligt med stöd från personalen, både känslomässigt och i form av information. Brist på information om eftervård var en källa till rädsla och ångest hos patienterna. Patienterna uttryckte att deras familj och vänner utgjorde ett känslomässigt stöd under vårdtiden. Till skillnad från kirurgpatienterna som var relativt nöjda med den korta vårdtiden uttryckte de nyblivna mödrarna kritik mot den korta vårdtiden efter förlossning. De ansåg att de inte fick tillräckligt mycket tid för återhämtning och att de saknade individuellt stöd när det gällde amning. De ansåg även att de inte fick adekvat symtomlindring. Vården som de nyblivna föräldrarna ansåg passade dem bäst varierade enligt en av studierna, dock var patienternas möjligheter till att välja vård begränsade (Samuelson & Corrigan, 2009; Rattray, Johnston & Wildsmith, 2004; Wagner, Carlslund, Sørensen & Ottesen, 2005; Saares & Suominen, 2005; Yelland, Krastev & Brown, 2009; Rudman & Waldenström, 2007; Fredriksson, Högberg & Lundman, 2003).

Sammanfattningsvis visar flera tidigare studier att patienter som vårdas under en längre tid på sjukhus ofta har ett stort vårdbehov och att sjuksköterskan därför har en viktig roll (Wikehult et al., 2008; Kornhaber et al., 2014; Strandberg et al., 2002).

Forskning inom medicinsk slutenvård har däremot främst fokuserat på förkortning av vårdtider genom till exempel ett snabbare förlopp från akuten till vårdavdelning (Webster, Bremner, Katz, Watt-Watson, Kennedy, Sawhne & McCartney, 2014; Kihlgren, Nilsson, Skovdahl, Palmblad & Wimo, 2004; Grief, 2003) och i denna litteraturgenomgång har vi inte funnit några studier som beskriver patienters upplevelser direkt kopplat till längden på vårdtiden inom medicinsk slutenvård.

### Teoretisk referensram

Den teoretiska referensramen ska utgå från patientens verklighet under en sjukhusvistelse som blivit längre än genomsnittet och minst fyrtio dagar. Den teoretiska referensramen kan göra att förståelsen av forskningspersonernas enskilda upplevelser kan bli till en mer övergripande förståelse av upplevelser vid långa vårdtider. Den teoretiska referensramen ger också idéer till forskningsfrågor och bidrar till tolkningen av intervjuerna (Bidstrup Jørgensen & Østergaard Steinfeldt, 2012).

### The alienation of the sufferer

Younger (1995) menar att lidande är en mänsklig erfarenhet som ofta bidrar till både ensamhet och alienation. Det kan påverka gemenskap och kontakt med andra. Människor som upplever sjukdom och lidande kan uppleva att omgivningen undflyr dem. Lidande utgör ett hot mot människans autonomi eftersom lidandet tvingar personen till omständigheter och en existens som inte går att undfly. Alienation kan även finnas inom den lidande människan själv eftersom en smärtsam kroppsdel eller upplevelse kan upplevas som något utanför en själv och lidandet som en del av jaget som människan vill fly från. Lidandet kan också förändra människan vilket kan leda till att omgivningen inte känner igen den förändrade personen vilket ytterligare fjärrar den lidande människan från omgivningen. Känslor av skam kan vara en del av lidandet eftersom det kan innebära att behöva blotta känsliga, intima och sårbara sidor. Separation kan vara ett lidande, ilska är den ursprungliga reaktionen på separation, att de personen älskar inte finns där när de behövs. Lidandet kan även leda till stigma eftersom det kan leda till att personen inte blir fullt socialt accepterad (Younger, 1995).

I samband med föreliggande studie kan en forskningsfråga vara hur gemenskap med andra påverkas av sjukhusvistelsen. En annan blir hur det eventuella lidandet och sjukhusvistelsen förändrat patientens självbild. Frågan kan även ställas om hur samhällsstöd påverkats av den långvariga sjukhusvistelsen. Patienten som vårdats länge på sjukhus skiljs från sin normala kontext inte bara psykologiskt utan fysiskt vilket kanske kan bidra till känslan av utanförskap.

### Teorin om övergångar; transition theory

Enligt teorin om övergångar innebär en människans liv en rad övergångar som uppkommer i samband med olika livshändelser. En övergång innebär att människan förändras på grund av de



situationer som inträffar under livet. Detta påverkas av olika faktorer som kritiska situationer under livshändelsen och andra förändringar under tidsperioden. Även hur lång tidsperioden är under vilken övergången pågår och hur medveten personen är om livshändelsen påverkar. Personens kunskap och hur förberedd denne är inför händelsen, vad ens kulturella föreställningar om situationen är och vilket stöd som fås från samhälle och social gemenskap påverkar dessutom (Meleis, Sawyer, Messias & Schumacher, 2000).

Övergångarna kan uppstå vid olika typer av livshändelser och olika övergångar kan pågå samtidigt och påverka varandra. Utvecklingsrelaterade övergångar kan vara till exempel pubertet eller klimakteriet. Situationsrelaterade övergångar kan vara att börja ett nytt arbete eller gå igenom en skilsmässa. En hälsorelaterad övergång kan handla om att bli sjuk eller drabbas av handikapp medan en organisatorisk övergång till exempel handlar om att byta bostad eller emigrera (Meleis et al., 2000).

Patienterna i den aktuella studien kan genomgå flera övergångar under vårdtiden. Patientens sjukdom som leder till sjukdomsvistelsen kan innebära en övergång från frisk till kroniskt sjuk. Övergången kan också handla om att tidigare ha klarat av att ta hand om sig själv till att bli beroende av andra, vilket kan innehålla element av både situationsrelaterad övergång och sjukdomsrelaterad övergång. Patienten kan också vara inne i en utvecklingsrelaterad övergång som påverkas av sjukhusvistelsen eftersom olika övergångar påverkar varandra. Patienterna i den aktuella studien befinner sig under lång tid på sjukhus, vilket kan innebära att det finns möjlighet att en pågående övergång blir påverkad av sjukhusmiljön och hur sjukhusvistelsen upplevs. En övergång kan också eventuellt inledas och påverkas under sjukhusvistelsen. Övergångar påverkas enligt teorin av patientens sociala sammanhang, kulturella sammanhang, attityder, copingstrategier och känsla av säkerhet. Allt detta kan eventuellt påverkas av det sammanhang som sjukhusvistelsen utgör, vilket skulle kunna framkomma i studien. Andra faktorer som påverkar övergången är hur medveten personen är om situationen och vilket engagemang personen vill, klarar av och orkar ha i situationen (Meleis et al., 2000).

Tiden förändrar även hur människan upplever situationen och hur övergången framskrider. Kritiska händelser i förloppet kan ha betydelse för hur personen ser på sin situation (Meleis, Sawyer, Messias & Schumacher, 2000). En forskningsfråga blir då hur den långa vårdtiden påverkar patientens övergångar både när det gäller hälsorelaterade övergångar och utvecklingsrelaterade övergångar. Hur kan patienten anpassa sig till det vanliga livet efter den långa sjukdomsvistelsen och på vilket sätt har patienten förändrats? På vilket sätt har relationer till familj och vänner påverkat patienten under vårdtiden. Hur har relationerna till anhöriga påverkats av sjukhusvistelsen? Vilket stöd upplever sig patienten ha fått från samhället inom och utanför slutenvården och hur har det påverkat patienten som person? Vilka kritiska situationer under vårdtiden har haft betydelse för patientens självbild och hur har patienten uppfattat och tagit in situationen?

## Problemformulering

Få studier har fokus på patienters upplevelse av att vårdas under en längre tid på sjukhus. Den långa vårdtiden kan innebära lidande för patienten. Detta kan yttra sig i fysiskt lidande, en känsla av hopplöshet på grund av ovisshet gällande sjukdomsförlopp och vårdtidens längd, saknad av familj, en längtan tillbaka till arbetslivet och övrigt socialt liv. För att öka sjuksköterskans förståelse för dessa patienters situation och för att kunna förbättra omvårdnaden för denna utsatta patientgrupp behövs en ökad kunskap utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Den aktuella studien vill undersöka patienternas egna upplevelser av att vårdas en längre tid på sjukhus. Då dessa patienters liv i stor utsträckning kan påverkas av den långa vårdtiden behövs denna studie.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser av att vårdas mer än 40 dagar på sjukhus.

## **METOD**

### **VALD METOD**

En kvalitativ forskningsmetod med induktiv ansats har använts då den kan svara på syftet med studien, då det handlar om att ta reda på patienters upplevelser. Enligt Polit och Beck tenderar den kvalitativa forskningsmetoden att se helheten bättre än en kvantitativ metod och strävar efter att ge en förståelse av problemet (Beck & Polit, 2011). Syftet med den kvalitativa forskningsintervjun kan vara att förstå ämnen ur den intervjuades perspektiv (Brinkmann & Kvale, 2009). Kahn och Canells definition av intervju från 1957 är fortfarande korrekt och aktuell, de menar att ”det bör finnas ett särskilt syfte med intervjun och ett visst mönster av samspel som genom sitt specifika innehåll också koncentreras till att utesluta visst innehåll”. (Henricson, 2012). Då en intervjustudie ska göras bör författarna enligt Brinkmann och Kvale fundera över om intervju är det mest lämpliga valet av datainsamlingsmetod och bör även fundera över relationen mellan forskaren och den intervjuade. Antalet intervjuade måste stämma med syftet av studien och vissa studier lämpar sig bättre med ett större antal tillfrågade till exempel att använda enkäter, men ska en persons upplevelser av sin sjukdom eller ett fenomen undersökas är intervju passande (Brinkmann & Kvale, 2009).

### **URVAL**

Inklusionskriterier var patienter över 18 år och som hade vårdats sammanhängande på sjukhus under 40 dagar eller längre. Intentionen med urvalet var att få en spridning gällande kön, ålder och etnicitet om möjlighet fanns. Samtliga patienter som intervjuades hade vårdats på grund av långvariga medicinska tillstånd. Patienter med oförmåga att förstå eller uttrycka sig på svenska eller som bedömdes vara för sjuka för att delta exkluderades. Totalt intervjuades fem patienter inom slutenvården varav två kvinnor och tre män. Åldersintervallen var mellan 51 och 69 år. Författarna har utfört intervjuerna och intervjuaren har inte haft någon vårdrelation med den intervjuade. Samtliga intervjuer genomfördes under december 2014 och var mellan 28-59 minuter långa.

### **TILLVÄGAGÅNGSSÄTT**

#### **Godkännande**

Godkännande för studien inhämtades av verksamhetschef och vårdenhetschef för berörda enheter på sjukhuset. Ett brev undertecknat av prorektor för Institutionen för vårdvetenskap och hälsa och ett brev från författarna skickades eller gavs direkt till de ansvariga cheferna. I breven beskrevs syftet med och tillvägagångssättet för studien.

## Förfrågan om medverkan

Vardera författare identifierade tre patienter som varit ineliggande på sjukhuset i 40 dagar eller längre. Patienterna kontaktades via telefon och informerades muntligt om studien, dess syfte och tillvägagångssätt. En patient som var ineliggande på sjukhuset informerades personligen muntligt under vårdtillfället. Patienterna informerades om att deltagandet var frivilligt och att de närsomhelst kunde avbryta sitt deltagande utan att behöva ange orsak. Samtliga patienter informerades om att skriftlig information om studien skulle skickas med posten. Efter telefonkontakt skickades brev med Forskningspersonsinformation. Den ineliggande patienten fick Forskningspersonsinformation under vårdtiden. Författarna beräknade tid för ankomst av brevet och väntade sedan ytterligare cirka tre dagar innan de kontaktade patienterna igen för att ge möjlighet till betänketid. Patienterna tillfrågades på nytt om de ville medverka och om några frågor uppkommit. I detta skede tackade en patient nej till medverkan.

## DATAINSAMLING

### Plats för intervjun

Plats och tid för intervjuerna valdes efter patienternas önskemål. Två intervjuer genomfördes på sjukhuset varav den ena patienten intervjuades under vårdtiden och den andra patienten valde att komma till sjukhuset för intervju efter vårdtidens slut. Tre intervjuer genomfördes i patienternas hem. Författarna intervjuade tre patienter (AS) respektive två patienter (LM) var.

Vald datainsamlingsmetod var intervjuer med öppna frågor/frågeområden, eller semistrukturerad intervju som den även kallas, som är vanligt förekommande och flexibel. Öppna frågor/frågeområden skrevs ner i en intervjuguide (Bilaga 2) att användas under intervjun. Den teoretiska referensramen användes i utformandet av intervjuguiden. De öppna frågorna behöver inte tas i någon speciell ordning. Om frågorna är för detaljerade kan detta störa både intervjuaren och den intervjuade genom att intervjun blir för styrd. Frågorna skrivs ner på max ett A4- blad och går igenom ordentligt före intervjun, för att inte distrahera intervjuaren under intervjun, så att allt fokus är på den intervjuade (Henricson, 2012).

Författarna började samtliga intervjuer med samma inledande fråga: ” Hur har du upplevt din tid på sjukhuset?” och patienten fick därmed berätta fritt kring sina upplevelser. Frågeguiden användes mot slutet av intervjun som en checklista för att samtliga frågor i frågeguiden skulle ha besvarats.

Efter patienternas godkännande spelades intervjuerna in och transkriberades sedan ordagrant. Patienterna gavs möjlighet att närsomhelst pausa intervjun. Hänsyn togs av författarna till patienternas hälsotillstånd och intervjuerna pausades vid behov eller då patienterna efterfrågade detta.

## DATAANALYS

En kvalitativ innehållsanalys har använts. Den externa validiteten har påverkats av svårigheter att hitta informanter som skiljer sig i ålder och etniskt ursprung. Forskaren behöver först bestämma om analysen ska göras av det manifesta eller latent innehåll. Det manifesta innehåll är det mer synliga, uppenbara medan det latent är det mer underliggande, tolkningarna av innehåll. Inom den kvantitativa forskningen tillämpas oftare en analys av det manifesta och inom den kvalitativa forskningen oftare en analys av det latent (Graneheim & Lundman, 2004). Denna studie är kvalitativ och innehåller både manifest och latent innehåll.

Hela texten kallas analysenhet och denna går igenom flera gånger för att skapa en förståelse för texten. Meningar och fraser väljs ut som representerar innehåll, resten av texten behålls för att visa på kontexten. Meningsbärande enheter kallas nu dessa meningar och fraser som valts ut. Dessa kondenseras för att korta ner texten, kodas och grupperas. Detta blir det manifesta innehåll (Graneheim & Lundman, 2004).

Enligt Graneheim och Lundman tolkas alltid en text, fast olika mycket och olika djupt. Processen kan behövas gå igenom flera gånger och det kan vara nödvändigt att gå tillbaka till något av stegen (Graneheim & Lundman, 2004).

Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant av intervjuaren. Författarna gjorde sedan en första analys av de egna intervjuerna och färgmarkerade meningsenheter i texten. Den första analysen visades för den andra intervjuaren för att se skillnader och likheter i valet av meningsenheter. Då dessa två analyser i stora drag hade kommit fram till liknande resultat påbörjades en gemensam vidare analys för att utskilja meningsenheter och sedan koder, subkategorier och kategorier. Fler meningsenheter urskiljdes ur texten i den andra genomgången. Koder skrevs av författarna enskilt först men har sedan reviderats flertalet gånger gemensamt. Arbetet med analysen har varit en process där koder, subkategorier och kategorier har reviderats flera gånger gemensamt för att spegla vad patienterna själva vill förmedla i intervjuerna. Denna noggranna och upprepade genomgång krävdes för att försöka säkra studiens interna validitet (Tabell 1).

Tabell 1. Exempel på meningsenheter, kondenseringar, koder, subkategorier och kategorier

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
”Man blir ju så hjälplös... man blir ju vårdad som en bebis igen... det är ju svårt att ta det ... jag har... inte känt att jag vågat be om att duscha så mkt som jag vill...	Man blir så hjälplös. Jag har inte känt att jag vågat be om att duscha.	Att inte kunna klara sig själv	Utelämnad	Att bli sjuk
”Ja, att jag ska bli bättre och komma hem ... Det vet ju alla att jag vill, bli så bra som jag kan...	Ja, att jag ska bli bättre och komma hem.	Att jobba på att bli så bra som möjligt så fort som möjligt	Mål	Att klara sig själv
”Folk har varit väldigt gulliga... man har nästan fått mer kontakt med vissa personer som man inte har haft så tät kontakt med”	Man har nästan fått mer kontakt med vissa personer som man inte har haft så tät kontakt med.	Djupare kontakt med personer utanför sjukhuset	Relationer	Att få stöd

## FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Aidentifiering har skett med särskild noggrannhet i den aktuella studien eftersom det är en liten selekterad patientgrupp och längden på vårdtiden skulle kunna identifiera patienten. Kvalitativ innehållsanalys innebär att meningar och fraser väljs ut och kategoriseras (Graneheim & Lundman, 2004), det är viktigt att patienterna inte kan särskiljas efter att denna kategorisering gjorts, för att undvika att enskilda individer ska kunna urskiljas av någon som vårdat patienten länge. Trots det får aidentifieringen inte medföra att utskriften inte blir sann mot patientens berättelse (Brinkmann & Kvale, 2009) vilket har beaktats i studien.

Det måste finnas beredskap för att hantera om patienten känner stress eller att självbilden förändras under intervjutillfället (Brinkmann & Kvale, 2009) och det har därför funnits utrymme för samtal efter intervjun. Patienterna har även erbjudits att ringa eller maila intervjuaren om de har haft frågor efter intervjun. Enligt Svensk författningssamling 2003:460 Lagen om etikprövning som gäller människor ska forskning ske med respekt för människan. Det ska inte, enligt denna lag, finnas ett annat sätt att utföra studien på som är fördelaktigare för patienten och det ska finnas ett syfte med forskningen som främjar patientgruppen. Eftersom det finns få studier inom det aktuella området är studien relevant även i ett etiskt

perspektiv. Studien kan medföra möjlighet för patienten att berätta om sin upplevelse och bearbeta upplevelsen av hur det är att vårdas länge på sjukhus.

Forskning får bara bedrivas om det finns en skriftlig information om studien i form av forskningspersonsinformation (2003:460) vilket patienterna i studien har fått tillgång till. Informanterna hade givit sitt samtycke till att delta i studien och en nekade att medverka. Information gavs om att deltagandet i studien när som helst kunde avbrytas utan att ange något skäl och att det inte kommer att påverka den fortsatta vården. Flera av patienterna som vårdas länge på sjukhus kan komma att vårdas på sjukhus även i framtiden, varför detta är särskilt viktigt i denna studie. Intervjuaren har därför inte haft någon vårdrelation med den intervjuade för att minimera patientens känsla av att inte kunna tala fritt. Om intervjuaren tidigare haft en vårdrelation till patienten kunde patienten ha känt sig begränsad och inte vågat prata uppriktigt om sina erfarenheter på sjukhuset.

## RESULTAT

Totalt intervjuades fem patienter, två kvinnor och tre män i åldrarna 51 till 69 år, samtliga med svenskt ursprung. Samtliga patienter har vårdats minst 40 dagar på somatisk vårdavdelning, på flera enheter. Samtliga patienter har under vårdtiden varit beroende av omfattande vårdinsatser. Patienterna har under en semistrukturerad intervju berättat om sina upplevelser under vårdtiden. Materialet från intervjuerna har analyserats genom kodning och kategorisering, vilket gav tre kategorier och åtta subkategorier (Tabell 2).

Tabell 2 Kategorier och subkategorier

Att bli sjuk	Att klara sig själv	Att få stöd
Utelämnad	Kamp	Relationer
Att vänja sig	Mål	Sjukhusmiljön
Förändrade relationer	Strategier	

### ATT BLI SJUK

Kategorin Att bli sjuk innehåller tre subkategorier: Utelämnad, Att vänja sig och Förändrade relationer.

#### Utelämnad

Flera patienter beskrev känslan av att inte få bestämma själv och behöva anpassa sig till sjukhusets rutiner i motsats till när personen är hemma och ”får göra som man vill”. Rutinerna har ofta upplevts som otydliga, till exempel vilka tider patienten får sjukgymnastik eller får möjlighet att duscha. Patienterna uttryckte även att de inte vågat fråga eller be om hjälp med detta. Patienterna har även upplevt att sjukgymnastiken inte varit tillräckligt frekvent och att

personalen inte lyssnat på patientens önskemål om hur och när patienten velat träna. Någon har även fått finna sig i att byta avdelning mot sin vilja.

Andra patienter har uttryckt att de tyckt att det är bra när rutinerna är tydliga, men det har även funnits åsikter om att regler och rutiner verkar vara viktigare än patienternas vilja. Det kan till exempel handla om att det inte finns flexibilitet då patienten ber om hjälp. En patient har upplevt att personalen inte lyssnat på, eller frågat patienterna om vad de kan göra för dem. *”Nej jag skulle vilja att det här med att lyssna mer på patienterna, att det kommer fram. Det här, vad kan jag göra för dig?”* En patient har känt av hierarkin på sjukhuset där läkarna inte lyssnar och alla måste lyda läkarna. Det har även handlat om att finna sig i och anpassa sig till vad som är schemalagt. Patienter beskriver även att sjukhuset inte tar ansvar när det gäller anhöriga och att samarbetet med anhöriga är dåligt.

Flera patienter har upplevt en svår tid då de har behövt mycket hjälp, och beskriver att de har känt sig mycket handikappade eller haft mycket ångest. En patient har berättat om hur svårt det är att gå från fullt frisk till svårt sjuk och inte längre klara av något själv, exempelvis att inte kunna gå själv har inneburit en känsla av otrygghet. Patienterna har också berättat om hur fantastiskt det känns när de blivit bättre och kan gå på toaletten själv och inte längre behövt känna sig beroende eller som en belastning. En patient berättade att det varit svårt att förlora kontrollen över egen medicinering och rutiner på grund av att patienten varit så sjuk.

Att vara utelämnad har även handlat om att inte få den hjälp patienterna har känt att de behöver, till exempel om att inte få hjälp med en mer varierad matsedel. Det har även handlat om att inte få välja mat själv trots att det finns alternativ att välja på eller att inte få välja frukost själv.

En patient har beskrivit att vissa i personalen varit bra men att det varierat. Flera patienter har känt det som om de inte kan få den hjälp som de behöver på grund av att personalen hade det tufft eller sagt att de inte hann med att ge den hjälp patienten bett om, som tandborstning, lägesändring eller möjlighet att duscha. Det handlar även om att behöva vänta på sömntablett och en upplevelse av att vara jobbig med att ringa på klockan för ofta. Att ta emot hjälp med att tvätta sig och andra intima behov upplevdes som svårt. En patient upplevde att det var besvärligt att behöva förklara alla personliga önskemål för ny personal.

Utelämnad har också handlat om att uppleva att inte känna tillit och förtroende för personalen och att inte ha känt att de har varit på ”min sida”. Patienterna har uttryckt att de inte kan tala öppet om detta och inte vågat uttrycka missnöje. Andra har upplevt personal som varit elaka. Alla utom en patient har berättat om en känsla av utsatthet när de inte kommer åt larmknappen.

Flera patienter har upplevt att de inte känt sig välkomna till avdelningen, inte blivit sedda i korridoren eller vid mottagandet på avdelningen. Andra har upplevt sig bara vara numret vid sängplatsen eller känt sig som en i mängden. Någon har upplevt att det är svårt att inte få information om vad som har hänt med medpatienter till exempel om de blivit utskrivna eller dött.



Ekonomiska bekymmer har bidragit till en känsla av att vara utelämnad. Några patienter har inte haft någon oro för den ekonomiska situationen för att de har fått hjälp av anhöriga, medan andra upplevt att ekonomin blivit ansträngd eller att de har behövt använda sparpengar.

### Förändrade relationer

Flera patienter har upplevt att relationer förändrats på grund av sjukdomen och sjukhusvistelsen. Patienter kände frustration över att få stöd av anhöriga och vänner men att inte kunna ge stöd tillbaka på grund av sjukdom och handikapp. Detta kunde vara att anhöriga fått sköta räkningar och andra sysslor som patienten i vanliga fall tagit hand om. Flera patienter beskriver att de varit ledsna och oroat sig för anhöriga under vårdtiden.

Patienterna tyckte att kontakten med vänner och familj blev besvärlig under vårdtiden för både sig själv och de anhöriga, till exempel att ha varit för sjuk för att kunna träffa barnbarnen. En patient beskrev känslan av frustration över att inte kunna delta i aktiviteter och viktiga familjetilldragelser. Patienterna berättade även att de fått mycket besök. En patient upplevde att det var svårt att inte kunna kommunicera alls med anhöriga under en tid. En annan patient beskrev det som ansträngande men roligt att möta anhöriga men hade i en del fall varit tvungen att hålla skenet uppe inför de anhöriga. Samma patient upplevde sig också ha blivit ”uttittad” av vissa av besökarna.

### Att vänja sig

Patienter har beskrivit det som en resa att bli sjuk och vårdas på sjukhus. De tvingades att acceptera den situation som de hamnat i och att anpassa sig till den. En patient som inte hade varit sjuk förut upplevde det som en mycket svår situation att från att ha varit fullt frisk blivit svårt sjuk, och att det var en situation ”man bara kan hantera själv”. En annan patient som varit van att vårdas på sjukhus tidigare upplevde detta långa vårdtillfälle som en fruktansvärd situation. Vårdtiden hade gjort patienten känslomässigt skörare och det hade varit mycket värre än tidigare sjukhusvistelser. En annan patient beskrev den första tiden med sjukdom som svår men att det sedan hade känts bra och att tiden egentligen hade gått fort. Någon beskrev sig ha goda erfarenheter av att vårdats på sjukhus både långa och korta perioder men kände sig mer hemmastadd vid långa vårdtider och tyckte att det är svårare att komma hem efter en lång vårdtid. Flera upplevde en tacksamhet för att de hade fått nödvändig vård. Några patienter hade svårt att minnas vad som hänt under vårdtiden, speciellt under de perioder som de varit som sjukast. En patient hade upplevt svåra smärtor och hade inte fullständiga minnen av vårdtiden på grund av smärtstillande läkemedel.

En patient upplevde att ha förlorat mycket tid under sjukhusvistelsen. Patienterna beskrev i flera fall att det var en sorg att förlora fysiska förmågor och att det var svårt med ovissheten angående sjukdomens förlopp och vårdtidens längd. Det kunde även handla om att ha varit tvungen att lära sig leva på ett nytt sätt om handikappet blev bestående men även om att uppleva hopp om bättring.

Samtliga patienter hade hopp om att bli bättre och framtidstro vid intervjutillfället, men flera hade upplevt tillfällena under vårdtiden när de inte trott att de skulle bli bättre. Flera patienter

uttryckte att de vid något tillfälle haft ett bra läkarsamtal som gett dem framtidstro. Någon längtade efter att få bli sig själv igen efter vårdtidens slut.

En patient hade efter lång tid på sjukhuset varit på hembesök i det egna hemmet och känt att det var främmande men ändå hemtamt. Tankar om varför sjukdomen drabbat patienten och undran över om det hade kunnat gå att påverka förloppet själv har även förekommit.

En patient kände sig som vanligt efter vårdtiden fastän något fysiskt svagare. Samma patient hade känslan av att vara tacksam över att ha blivit bättre, och jämförde sig med patienter som haft det värre.

## **ATT KLARA SIG SJÄLV**

Kategorin Att klara sig själv är uppdelad i tre subkategorier: Kamp, Mål och Strategier.

### **Kamp**

Flera patienter berättade om att de hela tiden kämpade för att bli så bra som möjligt även när det kändes svårt. En patient berättade om att ha ett träningsprogram men utöver det göra lite extra själv för att nå längre i sin rehabilitering. Patienten berättade om att inte kunna tro på sig själv om att klara av viss träning men ändå kämpat och sedan klarat av det. Träningen kunde även innefatta situationer utanför den sjukhusledda sjukgymnastiken och arbetsterapien med självständig träning. Det kunde innebära att försöka göra så mycket som möjligt själv. En del upplevde det som bra att få ett veckoprogram för sin träning med uppgifter att utföra. Att bestämma sig för att tänka positivt för att orka träna och för att få bättre bemötande av personalen underlättade enligt patienterna.

### **Mål**

Alla patienterna beskrev att de hade som mål att bli så bra som möjligt. För att nå målet har patienterna beskrivit att de tränat så mycket som möjligt. En patient beskrev att det var viktigt att ha samma mål och samma plan som fysioterapeuten och sjukvården i övrigt för att det skulle fungera. Ett mål har varit att klara sig så bra som möjligt efter hemgång eller att kunna stå på benen igen. ”...satt upp små mål för att komma dit så småningom, så jag tränar ju varje dag med sjukgymnast och det är en förutsättning för att jag ska komma tillbaka till livet”.

### **Strategier**

Flera patienter hade strategier för att må bättre, klara sig själv och kunna bli oberoende både under och efter sjukhusvistelsen. En patient beskrev det som att bestämma sig för att situationen ändå var ganska bra. ”Ja, jag hade en strategi och det hjälpte mig då väldigt mycket att gilla läget”. För flera av patienterna gick allt lättare när de började må bättre. Målet med träningen kunde vara att träna gå i trappor för att kunna bo kvar i sitt hus eller att kunna klara sig med rullstol. På samma sätt upplevdes praktiska arbetsterapiuppgifter med träning av händerna som roliga och meningsfulla. Att hitta en väg igenom problemen och för att klara sig bättre efter utskrivning kunde vara att söka försäkringar för skador patienten fått på sjukhuset och sjukförsäkringar. En patient träffade anhöriga utanför avdelningen för att byta miljö och upplevde det som ett andningshål.

## **ATT FÅ STÖD**

Kategorin Att få stöd är uppdelad i två subkategorier. Dessa är Relationer där patienterna berättar om vilket stöd de fått under vårdtiden från olika personer och Sjukhusmiljön som handlar om hur den fysiska miljön på sjukhuset påverkat patienten.

### **Relationer**

Flera patienter hade fått mycket besök av eller på annat sätt kontakt med anhöriga och vänner under vårdtiden. Samtliga patienter upplevde att det var roligt med besök av anhöriga och vänner under vårdtiden men hade även känt att de i perioder inte orkat med så mycket besök och att partnern fått hålla kontakten. Någon hade upplevt sig få mer och djupare kontakt med bekanta som hade engagerat och brytt sig under sjukhusvistelsen.

Några patienter kände att de fått bra vård och upplevde sig ha fått stöd från sjukvårdspersonal under vårdtiden men inte all personal. En patient hade önskat sig mer stöd från personalen men tyckte sig ha klarat sig bra ändå. Samma patient tyckte att de flesta i personalen varit bra men att undantag fanns.

En patient tyckte att personalen hade gjort sitt yttersta för att hjälpa till under vårdtiden, patienten hade kunnat prata med personalen om svåra saker men påpekade att personkemin måste stämma. Patienterna upplevde även att psykolog, fysioterapeut och arbetsterapeut hade stöttat och hjälpt dem.

En patient upplevde sig ha fått mycket stöd av medpatienter, de hjälpte varandra att hålla humöret uppe. Patienten hade även hållit kontakt med medpatienter efter vårdtiden. En annan patient hade upplevt det som trevligt att träffa andra patienter i dagrummet och prata med dem och titta på tv ihop.

### **Sjukhusmiljön**

Patienterna upplevde att miljön på sjukhuset hade en positiv påverkan på dem men även att miljön varit till hinder för dem.

Att bli störd av medpatienter var ett problem men det upplevdes även som ett problem att eventuellt kunna störa medpatienter. Flerbäddssalar upplevdes som svåra att sova i och att sömnen blev lidande. Denna situation ledde till ett ökat intag av sömntabletter.

Säkerheten på avdelningen upplevdes som undermålig och en patient beskrev brister i underhållet på sjukhuset som trasiga lampor, att larmknappar inte fungerade eller att det ”stack ut lösa elektriska sladdar” från patientliften. En patient beskrev även korridorer och patientrum som trånga och belamrade med material som rullstolar och gåbord. Samma patient upplevde att det inte fanns tillräckligt med utrymmen för att sköta hygien och toalettbesök och att städningen av toaletterna sköttes dåligt. Att toaletterna inte var handikappanpassade försvårade ytterligare.

En patient mådde dåligt av att miljön på avdelningen upplevdes som steril och tråkig. Patienten upplevde det som en så kallad bunker och fick ångest av det. ”*Det gäller också att de skapar en bra miljö så att man inte får ångest*”. På andra avdelningar där patienten hade vårdats upplevdes miljön som finare och det gjorde att det var lättare att må bra.

En patient sa att det var skönt att komma ut från avdelningen och att omgivningen var fin men patienten orkade inte komma ut så mycket som var önskvärt.

## DISKUSSION

### METODDISKUSSION

Intervjuer ger en möjlighet att förstå de intervjuades upplevelser genom att de berättar sin egen syn på saken, sin egen syn på sitt liv eller en specifik situation. En av intervjuens styrkor är att den kan rymma flexibilitet, spontanitet och en möjlighet att få fördjupad förståelse för den aktuella personen eller situationen (Henricson, 2012). För att besvara syftet i denna studie var intervjuer passande som datainsamlingsmetod eftersom få studier finns om patienters upplevelser av långa vårdtider och författarna vill få en djupare förståelse av fenomenet. Då en intervjustudie ska göras måste forskaren vara uppmärksam på den egna förförståelsen och på alla de etiska problem som kan uppstå.

Intentionen i studien var att ha spridning i urvalet av patienter när det gäller ålder, kön och etnicitet. Det var svårt att identifiera patienter som uppfyllde kriteriet att ha vårdats sammanhängande på sjukhus under 40 dagar eller längre inom slutna somatisk vård och som inte var för sjuk för att medverka i studien vilket bidrog till att alla inkluderade patienter var svenskfödda. Intentionen var även att ha en spridning i ålder men åldersspannet var snävt (51-69 år). Detta kan eventuellt ha påverkat resultatet och andra upplevelser kunde eventuellt ha framkommit om det hade funnits en större spridning i urvalet av informanter. Samtliga patienter har under vårdtiden varit svårt funktionshindrade och i behov av vårdpersonalens hjälp. Om urvalet hade bestått av andra patienter hade eventuellt resultatet blivit annorlunda.

Författarna har vårdat patienter med långa vårdtider och har en förförståelse av att dessa patienter kan ha upplevt ett lidande under vårdtiden. Detta kan yttra sig i fysiskt lidande, en känsla av hopplöshet på grund av ovisshet gällande sjukdomsförlopp och vårdtidens längd, saknad av familj, en längtan tillbaka till arbetslivet och övrigt socialt liv. Förförståelsen kan påverka hur studien utförs. Då intervjuguiden utformades med hjälp av den teoretiska referensramen minimerades risken att förförståelsen färgade intervjun. Författarna började samtliga intervjuer med samma inledande fråga: ”Hur har du upplevt din tid på sjukhuset?” och patienten fick därmed berätta fritt kring sina upplevelser. Frågeguiden användes mot slutet av intervjun som en checklista för att samtliga frågor i frågeguiden skulle ha besvarats. Patienterna svarade oftast spontant på de frågor som fanns i frågeguiden innan författarna ställde dem och författarna behövde således inte ta upp dem. Den fråga som oftast inte togs upp av patienterna själva var frågan om ekonomin. Under analysprocessen har varje steg av

innehållsanalysen granskats av medförfattaren för att minska risken för egna värderingar av patienternas utsagor.

För att undvika stress och påfrestningar för intervjupersonerna under intervjutillfället fick patienterna själva välja plats och tid för intervjun. Eftersom patienterna kunde vara sköra och sjuka var det viktigt att de själva fick välja den plats som utgjorde minst fysisk och psykisk påfrestning för dem. Intervjuaren fick även ha lyhördhet för patientens hälsotillstånd och pausa eller avsluta intervjun när så krävdes. Under flera av intervjuerna pausades inspelningen på grund av patientens hälsotillstånd, trots detta genomfördes datainsamlingen som planerat och tillräckligt mycket data samlades in för att kunna utföra analysen.

Intervjuaren har inte haft någon vårdrelation med den intervjuade vilket var en medveten strategi för att minimera patientens känsla av att inte kunna tala fritt under intervjun. Om intervjuaren hade haft en vårdrelation till patienten kunde patienten ha känt sig begränsad och inte öppet vågat berätta om sina erfarenheter på sjukhuset. Patienterna kunde ändå tro att en återkoppling skulle göras av intervjuaren till vårdavdelningen där patienten vårdats vid vårdtillfället som diskuterades under intervjun. Författarna påpekade därför att detta inte var fallet för att undvika att patienterna skulle bli begränsade i sina svar under intervjun. En risk finns ändå att patienterna inte uttryckte eventuell kritik eller känslig information.

Intervjuguiden fungerade som planerat under intervjuerna, flera av frågorna tog patienterna upp spontant och gjorde de inte det kompletterade intervjuaren med dessa frågor under eller i slutet på intervjun. Följdfrågor ställdes spontant för att förtydliga det patienterna sagt.

Då författarna har granskat varandras analyser av intervjuerna har detta bidragit till en trovärdig bild av patienternas upplevelser. Analysprocessen har inneburit att gå fram och tillbaka mellan de olika stegen i analysprocessen, för att få subkategorier och kategorier att bli sanna patienternas utsagor, genom att författarna granskar varandras analyser. De meningsbärande enheterna har inte gjorts för korta i analysprocessen för att underlätta den fortsatta tolkningen av texten och för undvika förbiseende av viktiga innebörder (Henricson, 2012). Analysen gav dock inget genomgående tema på latent nivå, utan stannade vid tre olika huvudkategorier med huvudsakligen manifest innehåll. Att intervjuerna har utförts av två intervjuare kan ha medfört att patienterna fått olika följdfrågor men det kan även innebära att fler dimensioner av upplevelserna av att vårdas en längre tid på sjukhus framkommer (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). En studie med en kvalitativ innehållsanalys kan inte direkt generaliseras men kan vara överförbar till liknande kontexter (Henricson, 2012).

## **RESULTATDISKUSSION**

Enligt Janet Youngers teori; the alienation of the sufferer (Younger, 1995) utgör lidande ett hot mot människans autonomi eftersom lidandet tvingar personen till omständigheter och en existens som inte går att undfly. Alla patienter i den aktuella studien har under vårdtiden varit svårt funktionshindrade och i behov av vårdpersonalens hjälp och beskriver en känsla av att vara utelämnad och att inte få bestämma själv och att få finna sig i sjukhusets rutiner.

Patienterna i studien har uttryckt att deras autonomi varit hotad på grund av att de varit mycket hjälpbehövande och varit utelämnade till vårdpersonalen för att få hjälp. De har på grund av sjukdom mist sina fysiska förmågor vilket skapat en känsla av att vara utelämnad. En patient har berättat om känslor av utsatthet och skam vid hjälp med intimhygien och toalettbesök. Younger har i sin teori beskrivit hur känslor av skam kan vara en del av lidandet eftersom individen kan behöva blotta känsliga, intima och sårbara sidor vilket patienten i den aktuella studien beskriver.

I en studie av Strandberg, Nordberg & Jansson intervjuades tio patienter som hade stort behov av hjälp med dagliga aktiviteter som vårdats på sjukhus i genomsnitt 28 dagar. Patienterna i studien beskrev att de försökt uthärda situationen när de behövt hjälp, så länge som möjligt, för att inte störa den överlastade sjukvårdspersonalen. Patienterna beskrev hur de "kämpat för att få vård utan att trampa på vårdpersonalens tår" (Strandberg et al., 2003 s.74). Detta resultat framkom också i den aktuella studien. Flera patienter har känt det som om de inte kan få den hjälp som de behöver på grund av att personalen har det tufft eller sagt att de inte hinner med att ge den hjälp patienterna bett om. Det kunde gälla hjälp med tandborstning, lägesändring eller möjlighet att duscha. Det handlar även om att behöva vänta på sömntablett och en upplevelse av att vara jobbig på grund av att ringa på klockan för ofta.

I Strandberg, Nordberg & Janssons studie beskrev patienterna även att de var rädda att bli utan vård om de kritiserade vårdarna, de menade att det var bättre att få dålig vård än att bli utan vård (Strandberg et al., 2003). Detta beskrevs också av en patient i den aktuella studien som bestämt sig för att tänka positivt för att orka träna och för att få bättre bemötande av personalen. I Strandberg, Nordberg & Janssons studie beskrevs även att när patienterna inte fick den hjälp de behövde hittade de ursäkter för och försvarade personalen (Strandberg et al., 2003).

Att vara utelämnad har också handlat om att uppleva att inte känna tillit och förtroende för personalen och några har upplevt att personalen varit elaka. Flera patienter har upplevt att de inte känt sig välkomna till avdelningen, inte blivit sedda i korridoren eller vid mottagandet på avdelningen. Andra har upplevt sig bara vara numret vid sängplatsen eller känt sig som en i mängden. I en studie av Dahlberg (2002) har hon med fenomenologisk metod analyserat fenomenet vårdlidande. Författaren har kommit fram till att vårdmiljön kan orsaka lidande men att vårdlidandet framförallt uppstår av vårdrelationen. Patienten blir både nekad och mister möjlighet att få en vårdrelation som främjar växt och utveckling. Enligt Dahlberg (Dahlberg, 2002) hör vårdlidandet inte hemma i vården och alla som vårdar och har ansvar för vård har ett ansvar för att avhjälpa detta.

Under subkategorin förändrade relationer beskriver patienterna hur relationerna till andra förändrats på grund av sjukdomen och sjukhusvistelsen. Lidandet hotar enligt Youngers teori gemenskap med andra vilket överensstämmer med det patienterna beskriver i studien då de upplever att de inte kunnat upprätthålla sina relationer som de önskat under vårdtiden. De har även beskrivit hur deras roller förändrats gentemot anhöriga eftersom de inte kunnat hjälpa och

stödja dem. Patienterna har då upplevt oro för anhöriga vilket även det försvårat situationen. Younger beskriver också att sjukdom och lidande kan leda till att omgivningen undflyr den som lider. En patient beskriver känslan av att bli uttittad av somliga besök och att några anhöriga inte orkat komma på besök. Dock anser de flesta patienter att de fått mycket stöd från anhöriga och vänner under vårdtiden.

Enligt teorin om övergångar kan en hälsorelaterad övergång innebära att gå från frisk till kroniskt sjuk. Att bli beroende av hjälp från andra innehåller element både av organisatorisk övergång, situationsrelaterad övergång och av sjukdomsrelaterad övergång. Under subkategorin att vänja sig har patienterna berättat att de känner ovisshet om hur bra de kan bli och i vilken mån de i fortsättningen kommer att vara i behov av hjälp från andra. Detta kan påverka övergången eftersom det kan ge en känsla av osäkerhet. Enligt teorin om övergångar är känslan av säkerhet en av de faktorer som kan påverka övergången. Övergången påverkas även av socialt sammanhang. Patienterna har upplevt att relationer förändrats vilket kan ha påverkat en eventuell övergång. Det kan ha bidragit till att en patient beskrivit situationen som fruktansvärd och bidragit till känslan av att ha blivit skörare. Andra patienter kände främst att de kände sig fysiskt svagare än tidigare. Olika sätt att hantera problem påverkar övergången enligt teorin om övergångar. En patient talade om att jämföra sig med andra som har det sämre vilket också är en strategi som kan ha påverkat övergången positivt. En patient talade om att gå från fullt frisk till svårt sjuk var en situation ”man bara kan hantera själv”, detta sätt att se på problemet kan ha påverkat patienten.

Patienterna i studien har berättat om hur de uppskattat när de haft möjlighet att påverka situationen och lidit när de inte kunna göra det. Enligt Younger (Younger, 1995) är en del av lidandet att vara tvungen att rätta sig efter omständigheter och en existens som de inte kan påverka. När patienterna kämpat och satt upp mål och på andra sätt haft strategier för att må bättre har de kunnat minska sitt lidande. Enligt teorin om övergångar (Meleis et al., 2000) påverkas övergången av patientens copingstrategier. Patienternas engagemang och vilja att kämpa för att klara sig bättre själva igen är faktorer som får patienten att må bättre enligt den aktuella studiens resultat. Patienterna berättar om hur viktigt det är för dem att träna för att kunna blicka framåt och ha en målsättning. Det underlättar för patienternas engagemang i situationen om möjligheter finns att träna och att kunna påverka under vilka villkor träningen sker.

Övergångar påverkas enligt teorin av patientens sociala sammanhang, kulturella sammanhang, attityder, copingstrategier och känsla av säkerhet (Meleis et al., 2000), detta kunde eventuellt påverkas av det sammanhang som sjukhusvistelsen utgör. Alla patienter i den aktuella studien upplevde att de hade bra stöd av sitt sociala nätverk vilket kan vara en faktor som underlättar en pågående hälsorelaterad övergång eller situationsrelaterad övergång.

Patienterna i studien har uttryckt att deras autonomi varit hotad på grund av den miljö som omgivit dem på sjukhuset det kunde till exempel handla om att utrymmen inte fanns för att sköta sin hygien eller att autonomi hotades på grund av att medpatienter störde varandra. En patient har beskrivit sig lida av att miljön var smutsig och att utrustningen var farlig. En annan

patient har beskrivit miljön som steril vilket patienten fått ångest av och en annan patient har beskrivit att miljön gör att patienterna stör varandra. Patienten beskriver att störningsmomenten lett till problem med sömn och att det i sin tur lett till trötthet, vilket minskat patientens förmåga att orka kämpa och till sämre välbefinnande.

Patienterna som vårdats länge på sjukhus har inte kunnat undgå eller påverka miljön på sjukhuset utan måste acceptera den miljö som erbjuds dem. Denna faktor gör det särskilt viktigt att tänka på hur miljön är utformad och hur underhållet sköts då denna patientgrupp vårdas. Patienterna är ofta sårbara och har existentiella problem som de kanske inte uttrycker, även fast de säger sig vara nöjda och tacksamma (Sørлие, Torjuul, Ross & Kihlgren, 2006). Sjuksköterskan bör enligt Sørлие m.fl. vara uppmärksam på denna problematik så att patienterna känner sig trygga nog att uttrycka sina tankar och känslor (Sørлие, Torjuul, Ross & Kihlgren, 2006). Flera patienter i den aktuella studien har beskrivit sig vara nöjda och tacksamma med vården, men har flera gånger beskrivit existentiella tankar och tankar på sin sårbarhet. Dessa tankar har de inte alltid känt att de kunnat ta upp med personalen och flera har efterfrågat samtal med personalen om dessa tankar. En patient beskrev att för att kunna få stöd med existentiella tankar och tankar på sin sårbarhet måste personkemin stämma.

Att vårdas en längre tid på sjukhus är en situation som innefattar flera olika faktorer som kan påverka övergångar på ett negativt sätt. Patienterna har berättat om att bli utelämnad till andra, att inte kunna upprätthålla sina relationer och att bli påverkad av sjukhusmiljön på ett negativt sätt. Patienterna har även beskrivit ovisshet om sjukdomsförlopp. Trots det har de flesta beskrivit att de inte har påverkats negativt av sjukhusvistelsen utan känner sig som vanligt. Detta kan ha bero på det stöd av anhöriga, vänner och sjukvårdspersonal under sjukdomstiden. Trots det har en patient beskrivit sig som skörare än tidigare, detta kan även bero på individuella upplevelser och patientens hälsotillstånd.

### Samhälleliga aspekter

Patienter som tillbringar lång tid på sjukhus har som regel komplexa och svårreglerade sjukdomstillstånd. Studien kan bidra med kunskap och en ökad förståelse för dessa patienters behov.

Resultatet i föreliggande studien visar på vikten av delaktighet i vård och rehabilitering. Patienterna har beskrivit känslor av att vara utelämnade när de inte kände sig delaktiga i sin vård och att de mått bra när de känt att de kunnat påverka själva. Enligt den nya patientlagen som trädde i kraft i januari 2015 har patienternas rätt till inflytande stärkts för att främja självbestämmande och delaktighet (Riksdagen, 2013/14). En anpassning till individuella behov skulle kunna förbättra dessa patienters situation och ett sätt skulle kunna vara att individuella vårdplaner upprättas i samråd med patient och anhöriga.

Resultatet av studien visar även att miljön på sjukhuset är en viktig aspekt. Patienterna betonar vikten av en säker och framkomlig miljö som inte är ”belamrad med saker” eller otillgänglig vid funktionshinder. Samtidigt är den estetiska utformningen av patientmiljön betydelsefull men även möjlighet till avskildhet (enkelrum). Detta kan ha betydelse för alla som vårdas på sjukhus men är mer betydelsefullt för de patienter som vårdas länge på sjukhus. Att dessa



patienter betonar vikten av en positiv miljö beror troligtvis på att patienterna spenderar en lång tid på sjukhuset, ofta med begränsade möjligheter att kunna lämna rummet eller avdelningen. Förbättringar inom detta område kan minska lidandet för den enskilde patienten. En anpassning till dessa patienters behov skulle kunna minska vårdtiderna och leda till minskat lidande för individen och till minskade kostnader för hälso- och sjukvården.

### Slutsats

Resultatet av denna studie visar att vårdas en längre tid på sjukhus innebär ett lidande för patienten. Känslor av att vara utelämnad, att ha svårigheter med att vänja sig vid att vara sjuk och att inte kunna upprätthålla sina relationer är upplevelser som påverkas av den långa vårdtiden. Studien visar även att patienterna mår väl av att kämpa, sätta upp mål och ha egna strategier för att klara sig själv. Stödande relationer och en ”god” miljö var betydelsefulla faktorer. Denna patientgrupp behöver synliggöras för att sjukvårdspersonal, sjukhusledning och planerare av sjukhusbyggnader ska kunna utforma vården och sjukhusmiljön på ett sätt som minskar dessa patienters lidande. I den aktuella studien var åldersintervallen 18 år, alla hade svenskt ursprung och alla hade stöd från anhöriga och vänner. Ytterligare studier behövs för att utröna om skillnader finns i upplevelser av att vårdas en längre tid på sjukhus för patienter i olika åldersgrupper, med olika etniskt ursprung och patienter utan stort kontaktnät. För att kunna planera och samordna insatser för denna patientgrupp behövs studier som identifierar på vilka vårdavdelningar dessa patienter oftast vårdas.

## REFERENSER

Archibald, G. (2003). Patients' experiences of hip fracture. *Journal of Advanced Nursing*, 44(4), 385-392.

Bahrampour, A., & Zolalal, F. (2005). Patient satisfaction and related factors in Kerman hospitals. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 11 (5/6) 905-912

Beck C., & Polit, D. (2011). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9. uppl.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Bidstrup Jörgensen, B. & Østergaard Steinfeldt, V. (2012). *Omvårdnadsteori som referensram i forskning och utveckling*. Stockholm. Liber

Brinkmann, S., & Kvale, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande—det onödiga lidandet. *Nordic Journal of Nursing Research*, 22(1), 4-8.

Fredriksson, G. E., Högberg, U., & Lundman, B. M. (2003). Postpartum care should provide alternatives to meet parents' need for safety, active participation, and 'bonding'. *Midwifery*, 19(4), 267-276.

Gardner, G., Elliott, D., Gill, J., Griffin, M., & Crawford, M., (2005). Patient experiences following cardiothoracic surgery: An interview study. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 4(3), 242 – 250

Graneheim, U.H., & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112

Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. (2. uppl.) Lund : Studentlitteratur.

Grief, C. L. (2003). Patterns of ED use and perceptions of the elderly regarding their emergency care: a synthesis of recent research. *Journal of Emergency Nursing*, 29(2), 122-126.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

- Kihlgren, A. L., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B., & Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(2), 169-176.
- Kornhaber, R., Wilson, A., Abu-Qamar, M.Z., & McLean, L. (2014). Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: An integrative review. *Burns*, 40(1), 17-29
- Meleis, A. I. Sawyer, L. M. Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28
- Murphy, K., Shea, E. O., & Cooney, A. (2007). Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 2167-2177.
- Nguyen, T. P., Briançon, S., Empeur, F., & Guillemin, F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science & Medicine*, 54(4), 493-504
- Nåden, D., & Bjørk, I.T. (2012). Patients' experiences in hospital following a liver transplantation. , *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26(1), 169-77. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00911.x.
- Rattray, J., Johnston, M., & Wildsmith, J. A. W. (2004). The intensive care experience: development of the ICE questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 64-73.
- Riksdagen. (2013/14). Betänkande 2013/14:SoU24 Patientlag  
<http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utskottens-dokument/Betankanden/Arenden/201314/SoU24/>
- Rudman, A., & Waldenström, U. (2007). Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research*, 7(1), 178.
- Saares, P., & Suominen, T. (2005). Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery. *European journal of cancer care*, 14(1), 43-52.
- Samuelson, K. A., & Corrigan, I. (2009). A nurse-led intensive care after-care programme—development, experiences and preliminary evaluation. *Nursing in critical care*, 14(5), 254-263.
- Skalin, D.(1991) Vårdtiderna minskade under 80-talet. *Landstingsvärlden*, 78(11),10-13
- Socialstyrelsen. (2012). Vårdtiden på sjukhus har blivit kortare  
[www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012juni/vardtidenpasjukhusarblivitkortare](http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012juni/vardtidenpasjukhusarblivitkortare)
- Statistik-VästraGötalandsregionen (2015).

<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Sa-styrs-varden/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Statistik/>

Strandberg, G., Aström, G., & Norberg, A. (2002). Struggling to be/show oneself valuable and worthy to get care. One aspect of the meaning of being dependent on care--a study of one patient, his wife and two of his professional nurses. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16(1), 43-51

Strandberg, G., Norberg, A., & Jansson, L. (2003). Meaning of dependency on care as narrated by 10 patients. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 17(1), 65-84

Svensk författningssamling 2003:460. Stockholm: Utbildningsdepartementet

Sørli, V., Torjuul, K., Ross, A., & Kihlgren, M. (2006). Satisfied patients are also vulnerable patients--narratives from an acute care ward. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1240-1246.

Theofanidis, D., Fountouki, A., & Pedititaki, O. (2012). Stroke patients satisfaction with their hospitalization. *Health Science Journal*, 2(6), 300-316

Von Sternberg, T., Hepburn, K., Cibuzar, P., Convery, L., Dokken, B., Haefemeyer, J., & Won-Savage, R. (1997). Post-hospital sub-acute care: an example of a managed care model. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(1), 87-91.

Wagner, L., Carlslund, A. M., Sørensen, M., & Ottesen, B. (2005). Women's experiences with short admission in abdominal hysterectomy and their patterns of behaviour. *Scandinavian journal of caring sciences*, 19(4), 330-336.

Webster, F., Bremner, S., Katz, J., Watt-Watson, J., Kennedy, D., Sawhney, M., & McCartney, C. (2014). Patients' Perceptions of Joint Replacement Care in a Changing Healthcare System: A Qualitative Study. *Healthcare policy= Politiques de sante*, 9(3), 55-66.)

Wikehult B., Hedlund M., Marsenic M., Nyman S., & Willebrand M. (2008). Evaluation of negative emotional care experiences in burn care. *Journal of Clinical Nursing* 17(14), 1923–1929

Yelland, J., Krastev, A., & Brown, S. (2009). Enhancing early postnatal care: findings from a major reform of maternity care in three Australian hospitals. *Midwifery*, 25(4), 392-402.

Younger, J. (1995). The alienation of the sufferer. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 53-72

## **BILAGOR**

**Bilaga 1 Forskningspersonsinformation**

**Bilaga 2 Frågeguide för intervjun**



GÖTEBORGS UNIVERSITET

## **Patienters upplevelser av långa sjukhusvistelser**

### Forskningspersonsinformation

#### Bakgrund

Inom slutenvården vårdas ibland patienter under en längre tidsperiod, trots detta finns det begränsad kunskap om hur detta upplevs. Ökad kunskap om hur patienter upplever att vårdas länge på sjukhus behövs. Vi planerar därför att intervjua patienter som vårdats länge på sjukhus.

#### Syfte

Syftet med studien är att beskriva hur patienter upplever en längre sjukhusvistelse. Detta för att få en ökad förståelse för patientens situation.

#### Förfrågan om deltagande

Då du har sjukhusvårdats under en längre period (Mer än 40 dagar) undrar vi om du vill delta i en undersökning som studerar din upplevelse en längre vårdtid.

#### Hur går studien till?

Vi kontaktar dig eftersom du vårdats eller vårdas under en längre tid på Sahlgrenska sjukhuset. I samband med studien skall du ha fått muntlig och skriftlig information. Om du väljer att delta i studien kommer vi att kontakta dig och då kan vi bestämma tid och plats för intervjun. Intervjun kommer att ta ca 30-60 minuter och kommer att spelas in. Intervjuaren kommer också att föra anteckningar om det behövs som en hjälp för att få så stor förståelse som möjligt av dina erfarenheter och upplevelser.

#### Vilka är riskerna?

Samtal om sjukdom och hälsa kan komma att väcka minnen, tankar och funderingar som eventuellt kan upplevas som obehagliga. Du har rätt att avbryta intervjun när som helst utan att uppge skäl.

#### Finns det några fördelar med att delta

Det finns som regel inga särskilda vinster för dig att delta i studien men i ett vidare perspektiv kan studien bidra till att förståelsen för individers upplevelse av att vårdas länge på sjukhus.

## Hantering av data och sekretess

Samtalet som spelas in kommer efter intervjun att skrivas ned ordagrant. Dina svar och dina resultat kommer att förvaras så att ingen obehörig får tillgång till materialet. Dina personuppgifter och intervjusvar kommer att avidentifieras. När resultatet presenteras kommer det att innehålla utdrag från intervjun. Utdragen kommer inte att kunna härledas till dig personligen.

## Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Det innebär att du när som helst under studiens gång kan avbryta utan att uppge förklaring. Om så är fallet kommer intervjun (om den redan ägt rum) att makuleras och inga vidare analyser kommer att utföras. Att avstå ett deltagande i studien kommer inte att påverka din fortsatta uppföljning inom sjukvården eller eventuella framtida behandling.

## Hur får du information om studiens resultat?

**Om du önskar ta del av studiens resultat går det bra att höra av sig till ansvariga för studien:**

Lisa Möller, leg sjuksköterska

Telefon: 0708-275225 eller 031-3421015

Anna Svensson, leg sjuksköterska

Telefon: 0704-097549 eller 031-3421131

Handledare:

Lena Björk, leg sjuksköterska, lektor,

Telefon: 031-3436752 eller 0767-252016

Göteborgs universitet

# Frågeguide

## 1. Öppen, inledande fråga:

Hur upplevde du din tid på sjukhuset?

## 2. Eventuella följdfrågor:

Hur påverkade din tid på sjukhuset dina sociala kontakter, relationer, din ekonomi?

Hur var det att komma hem igen, komma tillbaka till arbetet efter tiden på sjukhuset?

Hur påverkade din tid på sjukhuset din syn på dig själv, din kropp?

Var det någon situation/några situationer under vårdtiden som hade speciell betydelse för dig?