

Vetenskaplig rapport

Dnr: 2018-10

Titel: Den vårdande beröringens betydelse inom akutvårdskontext med inriktning mot intensivvård.

Projektledare: Maria Henricson, Hälsohögskolan Jönköping University

Deltagande sjukhus: Södertälje sjukhus, Växjö lasarett, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping.

Deltagande universitet: Linnéuniversitetet, Uppsala universitet Campus Gotland, Jönköping University Hälsohögskolan och Karolinska institutet.

Introduktion

Antalet patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning (IVA) ökar. Den tekniska utvecklingen tillsammans med ökad kunskap inom medicin gör att fler människor överlever kritisk sjukdom och vård inom intensivvård. När vården är högteknologisk ställs behovet av mänsklig kontakt och närhet som en kontrast som måste beaktas bland allt mer avancerad teknisk utrustning (Tingsvik et al., 2018). Vården på IVA utgår från ett holistiskt tankesätt där vårdpersonalen strävar efter att vårda hela människan och kunskap om patientens och närståendes upplevelser av intensivvård är betydelsefull för att kunna utveckla vården (Dahlberg & Ekman, 2017; Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Vårdande beröring inom intensivvård är en omvårdnadshandling där svårt sjuka patienter överlämnar den egna kroppen i vårdarens händer. Närhet och beröring är ett grundläggande behov hos människan (Uvnäs Moberg, 2009) och bör ske genom samspel mellan individer, vilket kan ha en avgörande betydelse för hur vårdpersonal ska kunna nå fram till patient och närstående (Chang, 2001; Edvardsson et al., 2003; Picco et al., 2010; Wilkin & Slevin, 2004).

Intensivvård är en vårdform som ges till akut, medicinskt komplicerade och kritiskt sjuka patienter med svikt i vitala kroppsfunktioner som andning, cirkulation och medvetande. Tillståndet är mycket allvarligt för patienten och kräver livsuppehållande insatser och tekniskt stöd för överlevnad (Price, 2013; Tunlind et al., 2015). IVA har hög koncentration av medicinskteknisk utrustning

och detta präglar vårdmiljön. Avancerad teknisk utrustning används vid behandling och undersökning samt för att följa patientens hälsotillstånd. Övervakning av patientens vitala parametrar sker dygnet runt med hjälp av utrustning så som monitorering av EKG, blodtryck, saturation, ventilatorn, dialys och infusionspumpar, vilket gör att omvårdnaden är mer komplex på IVA än vid andra vårdavdelningar. Det är en utmaning att finna en balans mellan omvårdnad och teknik då patienten ofta är uppkopplad till apparatur som har betydelse för den högspecialiserade vården (Price, 2013; Tunlind et al., 2015).

Patienter som vårdas på IVA befinner sig i en främmande miljö vilken för dem är okänd, oförståelig och ibland skrämmande vilket kan medföra påfrestningar. Den avancerade tekniken är en nödvändig del av vården (Foster & Hawkins, 2005; Wilkin & Slevin, 2004) vilket medför att patienter kan uppleva t.ex. avsaknad av dygnsrytm, immobilisering och smärta vid behandlingar. För intuberade patienter innebär det också en oförmåga att tala vilket medför svårigheter att kommunicera, som i sin tur kan medföra stress. Ytterligare stressorer som förekommer är invasiva procedurer, brist på integritet, separation från familj, störningar i sömnen och konstanta ljus- och ljudstörningar (Reich, Rohn & Lefevre, 2010). Att alltid ha en undersköterska eller sjuksköterska nära på vådrummet kan lindra patientens känsla av ångest, rädsla och ensamhet. En viktig faktor som beskrivs av Baumgarten och Poulsen (2015) samt Hofhuis et al., (2008) är omvårdnad som främjar patientens känsla av säkerhet genom att vårdpersonalen är närvarande. Patienten kan med hjälp av vårdpersonal och närstående upprätthålla en känsla av stabilitet och balans.

Närstående beskrivs spela en viktig roll för patienten eftersom hela familjen blir involverad i vården när en person blir kritiskt sjuk (Bailey et al., 2010; Blom et al., 2013). Närståendes medverkan under vårdtiden har stor betydelsen då många patienter inte kan kommunicera verbalt. Deras roll är betydelsefull för att vårdpersonalen ska kunna inhämta information kring patienten och deras livssituation, vilket ger viktig kunskap om patienten (Baumgarten & Poulsen, 2015; Blom et al., 2013; Schandl et al., 2017). För närstående kan det upplevas skrämmande att inte veta vad som skall hända, därför är det av stor betydelse att involvera patienternas närstående i vårdprocessen (Elmqvist & Frank, 2015) och

låta närstående finnas vid patientens sida under stora delar av vårdtiden och därmed känna sig delaktiga (Blom et al., 2013).

Utvecklingen inom intensivvård går snabbt (Foster & Hawkins, 2005). Detta innebär att en allt större del äldre och multisjuka patienter erbjuds en komplicerad vård och behandling. Fler och mer komplicerade behandlingsmetoder ökar behovet av kunskap och förståelse för de fysiologiska processerna. Intensivvårds-sjuksköterskan behöver kompetens för att följa patienten genom hela vårdförloppet samt verka för en personcentrerad vård där bedömning av patientens psykiska, fysiska, sociala och existentiella behov ingår. En central del är att patienten ses som en jämlik partner i vården och att ömsesidig respekt för varandras kunskaper tas i beaktning. Den personcentrerade och livsvärlds-orienterade etiken innebär att de professionella och patienten samarbetar (Dahlberg & Ekman, 2017). Enligt Tingsvik et al. (2018) ses patienten inom intensivvård som en person med resurser och förmågor och inte bara en passiv mottagare av vården.

Inom vården kan vårdande beröring ha tre olika syften vilka beskrivs av Pedrazza et al. (2015) som uppgiftsorienterad, emotionell och/eller att skapa fysisk komfort. Uppgiftsorienterad beröring kan t ex innebära vändning av patient eller bäddning, emotionell syftar till att ge ett emotionellt stöd till patienten och fysisk komfort kan vara mjuk massage. Genom beröring kan (Determeyer & Kutac, 2018) vårdpersonal bekräfta patienten mänsklighet men om beröringen uteblir kan det bidra till en bild av patienten som ett kontrollerbart kvantifierbart objekt.

Vårdande beröring kan ta sig i uttryck på många sätt i vårdandet, vilket till exempel gör att patienten kan få en känsla av närvaro i ett meningsfullt sammanhang samt att bli sedd, accepterad och bekräftad (Edvardsson et al., 2003; Ozolins., 2015). När vårdpersonal utför kliniska uppgifter kan beröringen tolkas som ett uttryck för medkänsla, värme, medlidande, omsorg, empati och närvaro (Chang, 2001; Kelly et al., 2018) vilket medför att patienten genom beröring blir mer medveten om sig själv (Ozolins et al., 2015). Patienten kan tolka beröring på ett annat sätt, än vad som är den avsedda, vilket kan överskugga det potentiella fördelarna. Vårdpersonal måste därför vara medveten om de signaler patienten

förmedlar och bestämma om, när, och hur de ska beröra. Hänsyn bör tas till det personliga och professionella gränser som är specifika för varje enskild person (Karlsson et al., 2019; Kelly et al., 2018; Ozolins et al., 2015). För att kunna hjälpa patienten i den dagliga omvårdnaden är kroppslig beröring en förutsättning (Picco et al., 2010; Wilkin & Slevin, 2004). Vårdande beröring är beröring i samband med vårdinsatser av emotionell art med syfte att öka patientens välbefinnande (Karlsson et al., 2019).

Vårdande beröring är en omvårdnadshandling som kan påverka människans hälsa och välbefinnande. Tidigare forskning avseende vårdande beröring inom intensivvård är ringa då endast ett fåtal studier påträffats. De studier som är gjorda relaterar främst till beröring som behandling, såsom massage eller taktil beröring. Genom att undersöka hur patienter, närstående och vårdpersonal upplever vårdande beröring inom högteknologisk intensivvård kan kunskap skapas om patienters och närståendes upplevelser av beröring. Ökad kunskap inom ämnet kan skapa förutsättningar för ett bättre holistiskt omhändertagande och bidra till en ökad förståelse av vårdande beröring, samt skapa medvetenhet om hur vårdande beröring påverkar patienter, närstående och vårdpersonal.

Syfte

Syftet var att belysa den vårdande beröringens betydelse på intensivvårdsavdelning ur patientens, närstående och vårdpersonalens perspektiv.

Material och metoder

Design

Studien har genomförts som en multicenterstudie vid tre sjukhus (Södertälje sjukhus, Växjö lasarett och Länssjukhuset Ryhov, Jönköping) och i samarbete med fyra universitet (Linnéuniversitetet, Karolinska institutet, Uppsala Universitet Campus Gotland och Jönköping University). För att belysa betydelsen av den vårdande beröringen valdes en kvalitativ ansats. Data samlades in med hjälp av observationer med efterföljande intervjuer med patienter, närstående och vårdpersonal.

Urval

Datainsamlingen genomfördes vid tre medelstora länssjukhus i Sverige utifrån ett tillgänglighetsurval. Enheterna är bemannade för sex till åtta vårdplatser.

Verksamhetscheferna gav via vårdenhetscheferna sitt samtycke för insamlande av data vid de tre intensivvårdsavdelningarna. Ett strategiskt urval tillämpades av patienter och dess närstående samt vårdpersonal vilka tillfrågades om att delta i studien av forskningssjuksköterskan på avdelningen. Variation i kön och ålder eftersträvades hos informanterna samt variation i vård av patienter på enkelrum respektive flerbäddsrum. Det fanns ingen insyn i urvalsprocessen då forsknings-sjuksköterskor vid respektive avdelning etablerade kontakt med tillgängliga informanter.

Inklusionskriterier var att samtliga informanter var över 18 år, samt att patienter skulle ha vårdats på IVA minst 24 timmar innan inkludering och inte vara påverkad av sederande eller lugnande läkemedel. Med närstående avsågs den som patienten definierar som närstående och med vårdpersonal avsågs de som fanns på patientsalen vid den aktuella situationen som observerades. Patienter med diagnostiserad psykos, trauma mot eller blödning i huvudet eller personer med kognitiv nedsättning exkluderades från studien. Forskningssjuksköterskorna gav informanterna en första muntlig information om studien, i vissa fall även skriftlig. Innan observationerna informerades deltagarna muntligt och skriftligt. Informanterna undertecknade även ett samtyckesformulär.

Datainsamling

Studien genomfördes som en kvalitativ observationsstudie med efterföljande semistrukturerade intervjuer. Datainsamlingen med observationer och efterföljande intervjuer genomfördes under oktober 2018 till och med april 2019. Samtliga deltagare som tillfrågades tackade ja till att delta i studien. Det uppstod vid några tillfällen svårigheter att få tid till observation och intervju när patientvård, rond, mediciner och raster skulle lösas under dagen. Observationerna utgick från ett observationsschema (bilaga 1) för att säkerställa att datainsamlingen genomfördes likvärdigt vid observationstillfällena samt för att säkerställa att information relaterat till syftet registrerades. Observationerna ägde

rum på dagtid vid patientens säng. Tre av observationerna skedde på flersal och en observation på enkelsal. Exempel på situationer som observerades:

- 1) vårdpersonal hjälpte patient med personlig hygien och mobilisering till sittande på sängkant,
- 2) mobilisering till sängkant och utvärdering av smärtlindring samt andningsgymnastik,
- 3) utprovning av nackkrage och förflyttning i säng,
- 4) mobilisering till sittande på sängkant och justering av epiduralkateter.

Vid de tillfällena närstående deltog vid observationen, satt närstående och observatören nära patient och vårdpersonal. Tiden för observationerna har ett medelvärde på 35 minuter.

Deltagande observation innebär att informanterna hade kännedom om att studien genomfördes men att forskaren inte aktivt deltog i några vårdssituationer (Carlsson, 2017). Forskaren strävade efter att behålla sin objektivitet och valde att bära privata kläder under observationerna för att inte skapa missförstånd hos patienter eller närstående. Fältanteckningar utfördes utifrån observationsschemat under tiden som observationen pågick (Emerson et al., 1995) och dessa anteckningar var till stöd under intervjuerna. Fältanteckningarna kompletterades även med tankar och reflektioner i nära anslutning efter observationerna genomförts.

Observationerna efterföljdes av enskilda intervjuer i så nära anslutning som möjligt utifrån patientens, närståendes och vårdpersonalens förutsättningar. Närstående och patient intervjuades omgående medan vårdpersonal då verksamheten tillät att de gick ifrån (Polit & Beck, 2016). Tiden mellan observationen och intervjun varierade från att ske omgående till som mest tre timmar efter. Intervjuer av patienter har genomförts vid patientens säng där patienten skärmades av med vikkväggar för att skapa enskildhet om hen vårdades på flersal. Närstående och vårdpersonal intervjuades i ett enskilt grupprum på avdelningen. En intervju med en vårdpersonal hölls på ett tomt vådrum. Totalt genomfördes 14 observationer, med efterföljande intervjuer med 39 informanter,

varav 11 patienter, fem närstående, 11 intensivvårdssjuksköterskor och 12 undersköterskor. Se tabell 1 för information om vilka som deltog vid observationerna. Tre av patienterna som deltagit i observation tackade nej till medverkan i intervju p g a trötthet och svårigheter att kommunicera och smärtgenombrott efter observationen. En intensivvårdssjuksköterska valde att inte delta i intervju. Före intervjun påbörjades upprättades förtroende genom informella konversationer med informanterna där intervjuaren presenterade sig själv samt syftet med studien (Danielson, 2017). Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer med frågor som utgick från observationsprotokollet och inleddes med frågan *"hur upplevde du beröringen i vårdssituationen?"*. Tiden för intervjuerna hade ett medelvärde av 18,33 minuter och spelades in med hjälp av smartphone eller Mp3 spelare. Intervjuerna transkriberades i sin helhet och kodades med siffror. Upprepningar, pauser och skratt transkriberades.

	Informant	Kön	Ålder	Antal år i yrket	Antal år på intensivvårdsavdelning	Genomförde intervju
Observation 1	Patient	Man	74 år			Nej
	Närstående	Kvinna	70 år			Ja
	Intensivvårdssjuksköterska	Kvinna	46 år	25 år	4 månader	Ja
	Undersköterska	Kvinna	44 år	26 år	3 år	Ja
Observation 2	Patient	Kvinna	68 år			Ja
	Intensivvårdssjuksköterska	Kvinna	56 år	38 år	30	Ja
	Undersköterska	Kvinna	55 år	3,5 år	10 månader	Ja
Observation 3	Patient	Man	64 år			Nej
	Närstående	Kvinna	38 år			Ja
	Undersköterska	Kvinna	46 år	12 år	3 år	Ja
Observation 4	Patient	Man	74 år			Ja
	Närstående	Kvinna	69 år			Ja
	Sjuksköterska	Man	28 år	4 år	1,5 år	Ja
	Undersköterska	Kvinna	28 år	9 år	7 månader	Ja

Observation 5	Patient	Kvinna	83 år			Ja
	Närstående	Kvinna	59 år			Ja
	Intensivvårdssjuksköterska	Kvinna	30 år	8 år	1 ½ mån	Ja
Observation 6	Patient	Man	63 år			Nej
	Närstående	Kvinna	63 år			Ja
	Undersköterska	Kvinna	53 år	34 år	32 år	Ja
Observation 7	Patient	Kvinna	57 år			Ja
	Undersköterska	Kvinna	56 år	32 år	19 år	Ja
	Intensivvårdssjuksköterska	Kvinna	53 år	32 år	17 år	Ja
Observation 8	Patient	Man	73år			Ja
	Undersköterska	Kvinna	58 år	31 år	30 år	Ja
	Undersköterska	Kvinna	56 år	30 år	7 år	Ja
	Intensivvårdssjuksköterska	Man	59 år	31 år	26 år	Ja
Observation 9	Patient	Man	45 år			Ja
	Intensivvårdssjuksköterska	Man	59 år	31 år	26 år	Nej
Observation 10	Patient	Man	64 år			Ja
	Intensivvårdssjuksköterska	Kvinna	48 år	25 år	13 år	Ja
Observation 11	Patient	Man	54 år			Ja
	Intensivvårdssjuksköterska	Kvinna	25 år	2 år	3 månader	Ja
	Undersköterska	Kvinna	42 år	24 år	14 år	Ja

Observation 12	Patient	Kvinna	70 år			Ja
	Intensivvårdssjuksköterska	Kvinna	57 år	35 år	30	Ja
	Undersköterska	Kvinna	63 år	25 år	14	Ja
Observation 13	Patient	Man	79 år			Ja
	Intensivvårdssjuksköterska	Kvinna	54 år	32 år	32 år	Ja
	Undersköterska	Kvinna	22 år	4 år	1 år	Ja
Observation 14	Patient	Man	78 år			Ja
	Intensivvårdssjuksköterska	Kvinna	41 år	15 år	10 år	Ja
	Undersköterska	Kvinna	36 år	10 år	6 år	Ja

Tabell 1. Information om vilka som deltog vid observationerna samt intervjuer.

Preliminär dataanalys

Den preliminära dataanalysen genomfördes enligt Elo och Kyngäs (2008) kvalitativa innehållsanalys. Analysmetoden är en välkänd metod inom omvårdnadsforskning då den är innehållskänslig, flexibel och utvecklad för att hantera stora mängder data. Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer i textinnehållet. Intervjuer och observationer analyserades induktivt. Utifrån Elo och Kyngäs (2008) har analysen skett i tre faser: förberedelsefas, organisationsfas och rapporteringsfas. I förberedelsefasen lästes de transkriberade observationsprotokollen, fältanteckningarna och intervjuerna upprepade gånger för att få en djupare förståelse och känsla för innehållet och dess helhet. De delar i texten som ansågs svara på syftet, så kallade meningsbärande enheter, markerades i texten, klipptes ut och lades i en tabell i ett Word-dokument. Bärande ord, själva kärnan i meningen, antecknades i marginalen på Word-dokumentet. I organiseringsfasen grupperades och sorterades de meningsbärande enheterna och omvandlades till koder. För att få en tydlig översikt skrevs de meningsbärande enheterna ut och organiserades med post-it lappar. Koder med liknande innehåll placerades i samma grupp. Likheter och skillnader i koderna flyttades fram och tillbaka mellan olika grupperingar. Koderna sammanställdes och sorterades där koder med liknande innehåll

placerades i samma grupp, på så vis abstraherades materialet och underkategorier bildades. Underkategorierna benämndes med innehållskaraktäristiska ord. I rapporteringsfasen sammanfogades underkategorierna till ett enhetligt resultat genom att redogöra för underkategoriernas mening, innebörd och budskap (Elo & Kyngäs, 2008). Underkategorierna och den övergripande generiska kategorin återspeglade det centrala i textmaterialet. Resultatet framställdes i en generisk kategori; Vårdande beröring skapar närvaro med fyra tillhörande underkategorier; Att beröra och bli berörd med respekt, Beröring som vägledning och kommunikation, Beröring skapar trygghet och medkänsla, Beröring skapar lidande.

Etiska överväganden

Studien har godkänts av etikprövningsnämnden i Linköping, dnr 2017/588–31. Informations- och samtyckeskravet uppfylldes då informanterna tackade ja till att medverka i delar eller hela studien efter att de erhållit skriftlig och muntlig information om studien (The World Medical Association, 2013). Informanterna var även informerade om att deras deltagande var helt frivilligt och att de kunde, när som helst och utan anledning, avsluta sitt deltagande i studien. För att uppfylla konfidentialitetskravet oidentifierades det insamlade intervjumaterialet och förvarades tillsammans med samtyckesbrev inlåsta och oåtkomliga för utomstående. Inga namn eller platser kommer att lämnas ut i vetenskapliga publicerade artiklar och inga personuppgifter är inhämtade. Då de insamlade materialet enbart kommer att användas i enlighet med studiens syfte uppfylls nyttjandekravet (The World Medical Association, 2013; Kvale & Brinkmann, 2014). Risken för negativa konsekvenser för informanterna bedömdes vara låg. Ingen relation fanns mellan informanter och intervjuare, då vårdpersonal och intervjuare inte var kollegor och patienter och närstående hade ingen vårdrelation till intervjuaren.

Resultat

Studiens resultat genererade en generisk kategori med fyra underkategorier. Resultatet presenteras med hjälp av underkategorier och citat från

originalutskriften av informanternas berättelse. I citaten nedan förkortas vårdpersonal med V, närstående med N samt patient med P.

Vårdande beröring skapar närvaro

Den vårdande beröringen ger patienten en känsla av att respekteras som person där kroppen och integriteten beaktas. Kommunikation och vägledning sker via beröring hos kritiskt sjuka patienter som har svårt att kommunicera. Vårdpersonal och närstående berör för att visa att de finns där och förmedlar trygghet och medkänsla.

Att beröra och bli berörd med respekt

Att beröra och bli berörd med respekt har betydelse. Respekt för kroppen, integriteten och självständigheten när patienten är kritiskt sjuk och beroende av sjukvård, upplevs som viktigt av vårdpersonal, patient och närstående. Närstående och patienter upplever en känsla av att respekteras som person om de behandlas med värdighet. Vårdpersonal berör patienten med respekt oavsett om patienten är nedsövd eller vaken. Beröring beskrivs av såväl närstående, patienter och vårdpersonal som varsam, mjuk försiktig och respektfull. Den vårdande beröringen upplevs som hårdare om vårdpersonal är stressad och behagligare om de har mer tid för omvårdnaden. I samband med observationerna noteras att patienternas integritet, upprätthålls och beaktas respektfullt. Kroppen berörs med respekt och försiktighet genom att vårdpersonal inte blottar patientens kropp i samband med omvårdnadsåtgärder. Under observationerna reagerar ingen av patienterna negativt av beröringen under omvårdnaden.

Vid situationer som observeras konstateras onödigt användande av handskar. Ett exempel var när vårdpersonal använde handskar vid beröring på patientens arm. Syftet var att stötta patienten under mobilisering. Patienter beskriver skillnad i upplevelsen av beröring:

P. "...är det hud mot hud är det mjukare, så handskarna kan ju bli att det blir lite trögt ibland och så men, det gick ju bra och så...//...när man har bara händerna är det ju mycket mjukare...//...dem har ju handskar och sånt där nu för tiden..."

Erfaren vårdpersonal berättar att de kan läsa av när en patient inte uppskattar beröring. De ser på patienten ansiktsuttryck och kroppsrörelser att beröringen är obekväm. Av respekt för patientens kropp och integritet respekterar vårdpersonal detta genom att undvika onödig beröring.

Beröring som vägledning och kommunikation

Beröring sker som vägledning och kommunikation då vårdpersonal och närstående ofta berör patienterna i samband med att de vill kommunicera.

Beröring sker på patientens arm, hand eller att hen stryker försiktigt med handen i ansiktet för att tala om för patienten att ”jag är här”. Det är ett sätt att påkalla patientens uppmärksamhet då vårdpersonal vill kommunicera. Beröringen sker som stöd och vägledningen så att patienten förstår var vårdpersonal befinner sig. Vårdpersonal använder beröring som kommunikation i samband med mobilisering och omvårdnadsåtgärder.

N. ”... ja dom tog ju och visade han hur han skulle gå upp på sidan så han kunde sätta sig. Ja... Jag tyckte att de, dom var jätteduktiga på det. Varsamma och sådär, och väntade till att han fått kanske rätt, att han satt upp. Ja. Så kände jag i alla fall...”

I samband med observationerna berörs patienterna av vårdpersonal för att ge vägledning hur de ska bli delaktiga i sin vård. Vårdpersonal kan t.ex. beröra patientens axel eller arm för att visa åt vilket håll patienten ska vända sig i samband med mobilisering. Beröringen ger patienterna förtydligande instruktioner hur mobiliseringen ska gå till väga. Patienterna upplevde att beröringen utgjorde en säkerhet och en trygghet vid mobilisering till och från sängen eller vid toalettbesök. Beröringen blev då ett stödjande hjälpmedel för att inte patienten skulle ramla och nödvändig eftersom patienten inte kunde gå själv.

Patienterna upplevde att en beröring många gånger skedde i samband med praktiska moment och att dessa moment ansågs nödvändiga för att hjälpa dem med att utföra uppgifter som de inte klarade av själva. Beröringen upplevdes som någonting hen kunde förvänta sig i omvårdnaden. Det framkom också att tidigare erfarenheter av att bli vårdad spelade roll i hur patienten reflekterade kring

beröringen. En vana att bli berörd kunde utvecklas vilket ledde till mindre reflektion kring hur beröringen gavs.

P. "Det gör inte så mycket...Det är något jag kan acceptera helt och hållet...man måste...ehh.. röra mig, flytta på mig eller göra saker som ska göras för jag ska på en undersökning eller behandling... Att man tar på mig ser jag ingenting allvarligt med utan det är helt normalt"

Beröring skapar trygghet och medkänsla

Beröring skapar trygghet och medkänsla samt lindrar lidande hos patienter under vårdtiden på IVA och kan användas för att massera eller trycka på patientens kropp i syfte att avleda smärta och ge välbehag. Vårdpersonal berättar att genom beröring och att finnas i närheten av patienten som vårdas på IVA, kan trygghet skapas.

V. "...lite för man känner sig nog, eller, ja, att dom är ju lite utsatta våra patienter när dom ligger i sängarna så, och man bara, kan ju bara inte bara vända över och göra det man ska, utan man håller lite, ja hålla fast lite kan man säga också, och inte i den bemärkelsen men just att dom ska känna sig lite mer trygga. Så tänker jag i alla fall, när man gör den här beröringen. Ja, jag inbillar mig att man blir lite mer tryggare. Med det vi gör liksom..."

Den vårdande beröringen tar sig i uttryck i form av att vårdpersonal t.ex. håller en hand på patientens arm eller axel och på så vis stöttar patienten. Patienterna uttrycker att de upplever trygghet av den vårdande beröringen. Beröringen kan vara kontinuerlig, genom att vårdpersonal håller på en hand eller axel, men den kan även vara intermitterande t.ex. en klapp på armen.

Beröringen kan också lindra lidande hos patienterna när de befinner sig i en obehaglig och stressande situation. Vårdpersonalen upplevde beröringen vid dessa tillfällen som ett sätt att markera sin fysiska närvaro och förmedla ett lugn och en trygghet. Denna typ av beröring utfördes ofta samtidigt som en verbal kommunikation fördes med patienten. Vårdpersonalen upplevde att lugnet och

tryggheten avspeglade sig hos patienten genom att hen blev mer avslappande samt uppvisade mindre motorisk orolighet.

V. "När man t ex ska extubera att man håller i handen och försöker lugna ner dom och prata och man försöker hålla i handen och visa sig närvarande eftersom du vet när man extuberar och stänger av all sedering det första som kommer det är hörseln och man kan inte röra sig så mycket men om dom känner att man är där så blir det lite lugnare..."

Patienter upplevde att när de erhöll adekvat information om vad som skulle göras och var beröringen skulle ske kunde det leda till en trygghet samt gjorde att situationen blev mer lätthanterlig vilket beskrevs kunna minska oron och lidande. Informationen som de erhöll i samband med beröring och omvårdnadshandlingar gjorde att patienterna upplevde personalen som mer professionell vilket stärkte tryggheten hos patienterna.

Det framkom att beröring är lugnande och tröstande. Patienter beskriver att de känner vårdpersonalens medkänsla genom deras beröring. För vårdpersonal är beröring ett sätt att visa empati, att de vill hjälpa patienten emotionellt och stötta patienten som befinner sig i en utsatt situation.

P. "...och då kan beröringen va väldigt bra om man blir ledsen å så där, att vårdpersonalen tar en på axlarna eller nått för mig... och så får man lov att lipa lite... en stund sen när det gått över tar man ju, samlar ihop sig eller så, då eller nästan alltid då va, så därför..."

Patienter beskriver att beröring finns där för att trösta och hjälpa hen samt att hen kan få emotionellt stöd under vårdtiden. Den vårdande beröringen kan hjälpa patienten att slappna av i samband med omvårdnad och procedurer som kan ske på IVA samt att bara finnas där för att lugna och trösta. Närstående berättar att de ofta håller sin anhörig i handen eller kramar om dem vilket upplevs lugnande och tröstande. Vårdpersonalens och närståendes fysiska beröring, i form av en fast hand, gör att patienten känner tröst och lugn i en utsatt situation.

Beröring skapar lidande

Vårdpersonalen uttryckte även att beröringen kunde leda till ett ökat lidande hos patienten. T ex upplevdes att patientens integritet kunde kränkas vilket ledde till att patienten inte accepterade den beröring som utfördes. När detta skedde ansåg vårdpersonalen att dessa patienter fick utså ett lidande under beröringen.

Beröringen beskrevs som direkt smärtsam t ex när ett skadat område skulle undersökas eller vid vändning av patienten.

Det ansågs svårare att beröra förvirrade och intoxikerade patienter eftersom det var mer troligt att det skapades ett lidande hos dessa patientgrupper.

Vårdpersonalen upplevde att det kunde vara svårare att skapa en bra relation till dessa patientgrupper, vilket ansågs vara viktigt för att kunna utföra beröringen i välmenande syfte. Det var viktigt att känna av och in situationen och analysera hur mottagliga patienterna var för att bli berörda, för att undvika missförstånd och obehag. Detta ledde bl a till att vårdpersonalen var mer restriktiva med vårdande beröring till oroliga patienter.

V. "Det kan ju vara en orolig patient...blir ju inte så glada när man tar i dem...När dom inte är riktigt med i...när dem är dementa och så... men dem försöker ju komma ifrån situationen... det märker man ju... och det kan man ju också förstå... Att man inte fattar varför någon börjar ta av en täcket och kläderna mm... det man har på sig... så slåss dem ju för livet ibland..."

Även att avstå från beröring beskrevs kunna ge upphov till ett lidande hos vårdpersonalen. Detta lidande var av existentiell karaktär och uppstod när vårdpersonalen inte vågade beröra patienter som befann sig i en svår situation och där patienten upplevde ett stort lidande.

V. "Han var vid medvetande och han var rädd ja och då jag var ung jag tror att jag var 18 eller någonting... jag tror hans pappa var på väg han var kanske 25–26 han var jätterädd och sa vill du hålla mig i handen men jag gjorde inte det... jag var på väg hem... jag var ung

och rädd... sen jag var hemma och tänkte på det hela natten och kunde inte sova... jag tänkte så jag skall gå in på morgonen... jag skall gå in och prata med honom men han dog... så jag aldrig glömde bort honom.”

Patienterna upplevde att beröringen kunde utgöra ett lidande när vårdpersonalen var för kalla om händerna eller när beröringen skedde på ett smärtsamt område. Patienternas beskrev också att beröringen kunde upplevas som integritetskränkande. Det var främst när det gällde beröring på intima områden på kroppen och när de upplevde att de inte fick någon information om vad som skulle ske.

P. “Ja den var ju helt okey... eller... eller ja okey... det var den ju inte utan jag tyckte det va... Dom kunde ha sagt liksom att... Nu tvättar vi där och nu tvättar vi där... men det gjorde dom inte utan dom var båda två tysta va... Så då var det lite jobbigt... För att det är såpass intim grej.”

Preliminär diskussion

Tidigare forskning inom intensivvård visar att det finns en risk för att omvårdnadspersonalen kränker patientens integritet om hen inte får adekvat information innan de tar emot vårdande beröring (Moen & Nåden, 2015; Nyholm & Koskinen, 2015). Både vårdpersonal och patienter, i föreliggande studie, poängterar betydelsen av att all typ beröring ska föregås av att ge information till patienterna, vilket skapar en trygghet och en känsla av säkerhet. Beröringen ska ske med respekt enligt informanterna och är även en av grundpelarna i svensk sjukvård. Patientens perspektiv är att få bevara sin integritet och respekt för kroppen, närståendes upplevelse är att se sin anhörig behandlas med respekt och vårdpersonals förmåga att utföra omvårdnaden på ett respektfullt sätt är betydelsefullt.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) bör vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet där hälso- och sjukvården skall tillgodose patientens behov av trygghet och säkerhet. Respekt för patientens integritet är ett återkommande tema i flera studier (Borch & Hillervik, 2005;

Edvardsson et al., 2003; Ozolins et al., 2015). Enligt Chang (2001) är det av betydelse att beröringen i omvårdnadssituationer utförs på ett sätt så att det inte inverkar på patientens integritet, eftersom patienten redan befinner sig i en sårbar situation. Vår levda kropp är grunden för vår förståelse av världen och Merleau-Ponty (1999) menar att i omvårdnaden bör människan beaktas om en helhet. Genom beröring kan personen uppfattas som en helhet, där kropp och själ kombineras (Ozolins, 2011). All beröring måste relatera till personens livsvärld och vad varje person föredrar när det gäller beröring.

Resultatet visar att närstående och vårdpersonal använder sig av beröring som vägledning och kommunikation. När förmågan att kommunicera med ord går förlorad är det kroppsspråket som avslöjar vad personen kan tänka eller försöker uttrycka. Närstående och vårdpersonal berörde patienten för att förstärka den verbala kommunikationen. Tingsvik et al. (2013) menar att patienter som vårdas i respirator inte kan kommunicera verbalt, vilket ställer ökade krav på vårdpersonal att finna alternativa sätt att kommunicera på. Det är, enligt Karlsson et al. (2012) viktigt att vårdpersonalen är uppmärksamma på patientens ansträngningar att kommunicera icke verbalt och att kunna tolka ansiktsuttryck och kroppsspråk.

Resultatet i föreliggande studie visar att beröring skapar trygghet och medkänsla för patienter och närstående. Beröring är ett sätt för vårdpersonalen att visa närvaro och trygghet för patienten inom intensivvården. Patienterna är utsatta och sårbara i en miljö som är högteknologisk. Närstående och vårdpersonal kan lugna och trösta patienten och genom beröring visa medkänsla. Närstående håller ofta sin anhörig i handen eller kramar om dem, vilket upplevs tröstande. Casarini et al. (2009) bekräftar att patienter och närstående har ett behov av trygghet samt närhet i en miljö som för dem är främmande och högteknologisk. Vårdpersonal kan göra närstående trygga genom beröring i form av att visa närvaro samt att det finns någon att dela sina upplevelser med (Karlsson et al., 2019).

Medvetandesänkta patienter känner närvaron av sina närstående och upplever beröring och dofter som var bekanta för dem enligt Tingsvik et al. (2018). Detta framkallar ett lugn, en säkerhet och ger motivation till att kämpa, vilket även framkommer i resultatet i denna studie. Om beröringen är mjuk och empatisk kan den bidra till lugn och tröst för patienten vilket även bekräftas i Ozolins (2011)

forskning. Den vårdande beröringen beskrivs av Chang (2001) som ett affektivt språk där beröringen är tröstande, kärleksfull, försiktig och lugnande. Kelly et al. (2018) menar att beröring uttrycker värme, medkänsla, lugn och säkerhet till patienter. Genom beröring kan känslor förmedlas på ett sätt som övervinner frånvaron av ord (Determeyer & Kutac, 2018). Genuin omtanke kan förmedlas genom rätt beröring om personen är mottaglig för detta.

Det kan vara en individuell skillnad hur bekväm vårdpersonal är med beröring. Airosa et al. (2016) och Andersson et al. (2007) belyser betydelsen av en stödjande miljö och en individuell inre balans för att vårdpersonal skall känna sig bekväma med beröring. Det finns en potential att höja kvaliteten på det dagliga omvårdnadsarbetet genom att använda vårdande beröring. Att medvetandegöra beröringens betydelse hos vårdpersonal, för att om möjligt fråga patienten hur hen vill bli berörd och även minska onödigt användande av handskar. Studiens resultat visar på att patienter upplever skillnad i beröringens kvalitet om handskar används eller inte. Routasalo och Isola (1996) bekräftar att patienter föredrog beröring med bar hand då handskar adderade en känsla av kylighet. Karlsson et al. (2019) poängterar att beröra patienten utan handskar är viktigt för att få en bättre kontakt. Vårdpersonal bör ta i beaktande vilket förhållningssätt som antas vid beröring av patienter inom intensivvård utifrån hur de berör och när de berör.

Enligt Kelly et al. (2018) är sjuksköterskor inom psykiatrin vanligtvis mer restriktiva med att beröra sina patienter samt mindre angelägna att använda sig av beröringen för att förmedla omsorg. Detta skulle kunna styrka resultatet i föreliggande studie då patienter inom psykiatrin kan inneha liknande symtom som intoxikerade alternativt förvirrade patienter, symtom som skulle kunna försvåra beröringen. Problematisering kring beröring hos specifikt dessa två patientgrupper framkommer dock inte i den tidigare forskning som står att finna om vårdande beröring. De två patienter som deltog i studien och var inlagda för intoxication hade inte några invändningar mot att bli berörda utan upplevde beröringen som nödvändig för att vårdpersonalen skulle kunna genomföra sitt arbete. Båda patienterna förväntade sig också att bli berörda när de sökte sjukvård och såg beröringen som helt naturlig. Detta skulle kunna utgöra en diskrepans mellan hur vårdpersonalen tror att dessa patienter upplever beröringen och

patienternas faktiska upplevelse av beröringen vilket skulle kunna leda till missförstånd.

Kliniska implikationer

Genom ökad medvetenhet om den vårdande beröringens betydelse höjs kvaliteten på vården för patienterna. Fysisk beröring och att vara närvarande är ett enkelt, grundläggande och effektivt sätt att bekräfta en annan människa. Detta kan implementeras i den kliniska verksamheten genom att skapa en tillåtande miljö som främjar vårdande beröring och närståendes närvaro. Komplexiteten består i att finna en balans mellan den högteknologisk miljö och medveten närvaro av vårdpersonal och närstående.

Slutsats

Intensivvård är en blandning av omvårdnad och teknisk verksamhet där vikten av respekt för den levda kroppen och patientens integritet har betydelse för både patient, närstående och vårdpersonal. Risken finns att teknik ges företräde på bekostnad av vårdande beröring, närhet och lyhördhet för patientens behov. Studien visar på vikten av att vara närvarande som vårdpersonal för att skapa trygghet och medkänsla för patienten. Vårdande beröring används, såväl av vårdpersonal och närstående, som ett verktyg för att hjälpa patienten med vägledning och kommunikationen under vårdtiden på IVA.

Vetenskapliga publikationer som framkommit under projektiden

Data från intervjuerna kommer att utgöra en artikel som kommer att skickas till Intensive and Critical Care Nursing under våren 2020. Data från observationerna kommer skrivas fram som en "case-rapport" som är en form av vetenskaplig artikel och skickas till Australian Critical Care våren 2020.

Referenser

- Airosa, F., Falkenberg, T., Öhlén, G., & Arman, M. (2016). Tactile Massage as Part of the Caring Act: A Qualitative Study in Short-Term Emergency Wards. *Journal of Holistic Nursing*, 34(1), 13-23.
- Andersson, K., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2007). Working with tactile massage—A grounded theory about the energy controlling system. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13(4), 258-265.
- Bailey, J., Sabbagh, M., Loiselle, C., Boileau, J., & Mcvey, L. (2010). Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(2), 114-122.
- Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 205–214.
- Blom, H., Gustavsson, C., & Sundler, A. (2013). Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients—A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(1), 1–8.
- Borch, E., & Hillervik, C. (2005). Upplevelser av kroppslig beröring i omvårdnadsarbetet – patienter berättar. *Vård i Norden*, 78(25), 4–9.
- Carlson, E. (2017). Etnografi och deltagande observation. I Henricson, M. (red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 189–204). Lund: Studentlitteratur.
- Casarini, K., Gorayeb, R., & Filho, A. (2009). Coping by relatives of critical care patients. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, 38(3), 217-227.
- Chang, S. (2001). The conceptual structure of physical touch in caring. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 820–827.
- Dahlberg, K., & Ekman, I. (2017). *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård: Att bli lyssnad på och förstådd*. Liber AB: Stockholm.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143–154). Lund: Studentlitteratur.
- Determeyer, P., & Kutac, L. (2018). Touching the Spirit: Re-enchanting the Person in the Body. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1679-1689.
- Edvardsson, D., Sandman, P.O., & Rasmussen, B. (2003). Meanings of giving touch in the care of older patients: Becoming a valuable person and professional. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 601-609.

- Elmqvist, C., & Frank, C. (2015). Patients' strategies to deal with their situation at an emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 145-51.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (1995). *Writing ethnographic fieldnotes*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Foster, T., & Hawkins, J. (2005). The therapeutic relationship: Dead or merely impeded by technology? *British Journal of Nursing: BJN*, 14(13), 698.
- Hofhuis, J., Spronk, P., Van Stel, H., Schrijvers, A, Rommes, J., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(5), 300-313.
- Henricson, M. (2008). Tactile touch in intensive care. Nurses' preparation, patients' experiences and the effect on stress parameters. Doctoral thesis, Högskolan i Borås och Karlstads universitet.
- Karlsson, V., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2012). Communication when patients are conscious during respirator treatment—A hermeneutic observation study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(4), 197-207.
- Karlsson, L., Lundqvist, J., Airosa, F., Henricson, M., Karlsson, A-C., & Elmqvist, C. (2019). The meaning of caring touch for healthcare professionals in an intensive care unit- a qualitative interview study. In manuscript
- Kelly, M., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N., & Dornan, T. (2018). Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. *Qualitative Health Research*, 28(2), 200-212.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Kroppens fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Moen, E. K. & Nåden, D. (2015). Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(5), 285-293.
- Nyholm, L. & Koskinen, C. (2017). Understanding and safeguarding patient dignity in intensive care. *Nursing Ethics*, 24(4), 408-418
- Ozolins, L-L. (2011). *Beröringens fenomenologi i vårdsammanhang*. Avhandling för doktorsexamen, Linnéuniversitetet, 2011.

- Ozolins, L., Hörberg, U., & Dahlberg, K. (2015). Caring touch – patients' experiences in an anthroposophic clinical context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 834–842.
- Picco, E., Santoro, R., & Garrino, L. (2010). Dealing with the patient's body in nursing: Nurses' ambiguous experience in clinical practice. *Nursing Inquiry*, 17(1), 39–46.
- Price, A. (2013). Caring and technology in an intensive care unit: An ethnographic study. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 278–288.
- Polit, D., & Beck, C. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Reich, M., Rohn, R., & Lefevre, D. (2010). Surgical intensive care unit (ICU) delirium: A “psychosomatic” problem? *Palliative and Supportive Care*, 8(2), 221–225.
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning, legitimerad sjuksköterska med specialist-sjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*. Hämtad den 8 september 2018 från:
http://www.aniva.se/wpcontent/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning_intensivvård.pdf
- Routasalo, P. (1996). Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 23(5), 904–911.
- Schandl, A., Falk, A-C., & Frank, C. (2017). Patient participation in the intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 42, 105–109.
- SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 27 januari, 2019, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-ochsjukvardslag_sfs-2017-30
- The World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 22 september 2018, från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medicalresearch-involving-human-subjects/>
- Tingsvik, C., Bexell, E., Andersson, A-C., & Henricson, M. (2013). Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Australian Critical Care*, 26(3), 124–129.
- Tingsvik, C., Hammarskjöld, F., Mårtensson, J., & Henricson, M. (2018). Patients' lived experience of intensive care when being on mechanical ventilation during the weaning process: A hermeneutic phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 47, 46–53.

Tunlind, A., Granström, J., & Engström, Å. (2015). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(2), 116–123.

Uvnäs Moberg, K. (2009). *Närhetens hormon: oxytocinets roll i relationer*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wilkin, K., & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: An investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 50–59.