



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för hälsovetenskap

Patienters upplevelse av trygghet i vården

Vad skapar trygghet?

Peter Hansson och Natalie Madenvik

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för hälsovetenskap/ Högskolan Väst
Höstterminen 2016**

Institutionen för omvårdnad hälsovetenskap

Titel: Patienters upplevelse av trygghet i vården -vad skapar trygghet?

Patients' perception of safety in care – what create safety?

Författare: Peter Hansson och Natalie Madenvik

Handledare: Susanne Forsgren Gebring

Examinator: Azar Hedemalm

Institution: Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur. Högskolan Väst Trollhättan.

Arbetets art: Examensarbete, 15 hp

Program/Kurs: Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

Termin/år: HT 2016

Antal sidor: 17

ABSTRACT

Background: When an individual is cared for in a hospital, which is a new and unknown environment, this can create feelings of uncertainty and insecurity for some. Insecurity can lead to a feeling of pressure and makes the caring more difficult. This can therefore worsen the recovery for the patient.

Aim: The aim of this study was to illuminate the patient's perceived experience of safety at hospital.

Method: A literature based study was done based on ten qualitative articles among men- and women at hospital.

Result: The study showed that the feeling of safety could be experienced when the patient felt confirmed, the patient feels involved in their own care and when nursing staff cares for the patient. To felt safe is also found in how patients perceive their environment through the hospital's physical and social environment. The result of the articles were presented in two main themes; the meaning of the caring relationship and presence of others.

Conclusion: There was several factors that contribute to the feeling of safety for the patient in hospital care. Patients' feelings of safety can be experienced by acts such as to be confirmed by the care giving staff, the patient's opportunity to be involved and when the patient feels cared about.

Keywords: Environment, Feeling safe Patients attitudes, Patients experience, Safety.

Populärvetenskaplig sammanfattning

Examensarbetet har för avsikt att belysa patienters upplevda erfarenhet av trygghet vid sjukhusvård. Trygghet är ett filosofiskt begrepp med olika innebörder och upplevs olika från individ till individ. Trygghet kan delas in i både inre och yttre trygghet där den inre tryggheten skapas av positiva minnen från barndomen såsom minnen från en vacker sommardag. Inre trygghet kan också skapas i vuxen ålder av positiva erfarenheter såsom bli väl bemött och omhändertagen under sjukhusvården.

Yttre trygghet kan ses såsom miljön patienten har runt sig. Detta examensarbete benämner det som den sociala och fysiska miljön. Den sociala miljön skapas av närvaro av närstående, andra patienter och vårdpersonal. Den fysiska miljön handlar om hur sjukhusmiljön är utformad och påverkar den sociala miljön.

Resultatet från de tio vetenskapliga artiklarna inkluderade i examensarbetet visar att upplevelse av trygghet är associerad med upplevelsen av vårdrelationen och relationen till andra signifikanta personer. Det framkommer att upplevelse av trygghet påverkas av graden av delaktighet i vården, relationen till personalen och närstående samt den fysiska vårdmiljön.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Trygghet	1
Trygghet och kommunikation	2
Vårdmiljö och trygghet	2
Trygghet i vården	3
Livsvärld.....	4
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	4
Litteratursökning	5
Urval.....	5
Analys.....	6
Resultat	6
Upplevelsen av den vårdande relationen.....	7
Att bli bekräftad	7
Att få vara delaktig	8
Att någon bryr sig.....	8
Upplevelse av miljön.....	9
Sociala miljöns betydelse	9
Fysiska miljöns betydelse.....	9
Diskussion	10
Metod	10
Resultat.....	12
Upplevelsen av den vårdande relationen.....	12

Upplevelse av miljön.....	13
Slutsatser	13
Praktiska implikationer	14
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	14
Referenser	14

Bilagor.

Bilaga I. Tabell över den systematiska sökningen.

Bilaga II. Översikt av analysen.

Inledning

Att som individ bli vårdad på sjukhus innebär att bli patient och hamna i en ny och främmande miljö. Detta kan för många skapa känslor av ovisshet och otrygghet. Otrygghet kan leda till stress för patienten och kan kanske i längden försvåra patientens tillfrisknande. En ömsesidig relation mellan patient och vårdgivare, där vårdgivaren ser varje patient som en unik person är förutsättningar för att trygg vård skall upplevas (Dinc & Gastmans, 2013). Sjuksköterskans uppgift ligger i att få patienten att känna trygghet. Med studien vill vi som blivande sjuksköterskor få en ökad förståelse om vad som bidrar till trygghet för patienten. Studien är avgränsad till vuxna patienter inom sjukhusvård.

Bakgrund

Patient beskrivs i (Nationalencyklopedin, NE, 2016), som en människa som har kontakt med hälso- och sjukvården på grund av sjukdom med avsikt att få, råd, behandling och omvårdnad. Trygghet enligt samma källa kommer från ordet trygg, vilket innebär fri från oroande inslag om händelser som utgör en del av människans omgivning. I samband med sjukdom finns det risk att kontrollen över den dagliga tillvaron minskar, livsvärlden förändras och därmed riskerar tryggheten att förloras (Andersson, 1994). Wassenaar, Schouten & Schoonhoven (2013) menar på att trygghetskänslan för patienter skapas genom god kommunikation, lugn och säker miljö. Strävan efter trygghetskänsla är ett medfött beteende och kan ses som ett begär som människan ständigt strävar efter. Men det är ingen medfödd förmåga utan den kräver att omgivningen både stimulerar och tillåter detta begär (Bowlby, 1994).

Trygghet

Mollon (2014) definierar trygghetskänslan som ett känslomässigt tillstånd vilket påverkas av tidigare erfarenheter och minnen. Platser där individen känner lugn och ro, minnen från vackra sommardagar, är exempel på bra upplevelser som kan bidra till att framkalla känslan av trygghet. Människor kan även aktivt söka trygghet genom andras handlingar. För den enskilde individen kan sådana handlingar finnas i tröst, närhet, tonfall, lugnt- och långsamt tal, kroppsspråk, respektfulla beröringar men även i tystnaden (Thorsen, 2005). Detta beskrivs även i nyare forskning av Wassenaar et al. (2013) som menar på att individen upplever trygghet genom att höra trygga och lugna röster och av varsam beröring.

Segesten (1984) skriver att trygghetskänslan är central för människan och är något hen strävar efter. Trygghetskänslan är en upplevelse som uppfattas olika från individ till individ. Inre och yttre trygghet är förutsättningarna för upplevelse av trygghet. Att förstå förutsättningarna för trygghet ger kunskap att kunna skapa trygghetskänsla för individen. Inre och yttre trygghet är två dimensioner av trygghetskänsla. Genom förståelsen för sambandet mellan dessa två dimensioner, ges möjlighet till känslan av trygghet.

Inre trygghet har en stark koppling till en positiv barndom och en inre mognad, den kan även skapas genom positiva upplevelser och erfarenheter i vuxen ålder. Inre trygghet beskrivs som en känsla av; tillit, värme, lugn, lycka, harmoni och ro. Ansvar, gemenskap och tillhörighet är också ord som beskriver känslan. I den inre tryggheten ingår att kunna; lita på sig själv, veta vad man vill och tycker, kunna hävda sig samt att kunna erkänna svagheter. Yttre trygghet enligt Segesten (1984) är det som skapas genom människans omgivning såsom materiell trygghet, miljötrygghet och relationstrygghet. Kunskap och kontroll ingår även i denna

dimension, vilket innebär möjligheten att förstå, hantera och kontrollera sin omgivning genom att få besked, kunskap och bekräftelse samt att vara delaktig i beslut som rör den egna individen. Att inte vara utsatt för fara och kunna lita på andra ryms även i denna dimension (Segesten, 1984).

Mollon (2014) skriver att närstående och miljö skapar grunden till att känna sig trygg i vården. Begrepp som omhändertagande, tillit, kunskap och närvaro bidrar till trygghetskänsla för patienter under sjukhusvistelse. *Omhändertagande* innebär att bli sedd, lyssnad på, kontrollerad, uppföljd, få hjälp och att bli bekräftad. *Tillit* skapas under en sjukhusvistelse genom att se och förstå patientens behov, noggrann övervakning och att alltid se till patienten bästa. *Kunskap* är att: Informera patienten om dess vård och göra hen delaktig, ha kunskap om patienten och hans omgivning samt att vårdpersonalen har rätt kunskap för att kunna vårda hen. Med *Närvaro* menas att: andra människor, närstående och sjuksköterskan finns tillhands.

Trygghet och kommunikation

God kommunikation bidrar till tillit och förtroende mellan de som samtalar (Rogers, 1951). Begreppet kommunikation betyder att kontakt skapas med andra människor, att göra något tillsammans samt försöka göra någon delaktig i interaktionen (Eide & Eide, 2009). Interaktionen är ett samspel som sker både verbalt och med mer eller mindre medvetna signaler, så som kroppshållning, gester och beröring mellan parterna (Sandberg, 2014). Nyare forskning av Karlsson, Forsberg & Bergbom (2012) visar att när sjuksköterskan kommunicerar med en vänlig lugn och inbjudande röst samt har ögonkontakt, bidrar detta till förståelse av information och inger trygghet för patienten. Mollon (2014) skriver att kunskap bidrar till trygghetskänslan och visar på vikten att patienten är i behov av tydlig information som gör patienten delaktig i sin vård.

Wassenaar et al. (2013) menar att patienter upplevde när det tas tid till samtal, där det förklaras och informeras om vad som händer och skall hända, så ökar tilliten och förtroendet för vården vilket resulterar i en känsla av trygghet. Det är angeläget för patienten att känna sig lyssnad på då patientens information är nödvändig och i vissa fall avgörande för god vård (Fossum, 2007). God kommunikation kräver närvaro i mötet, uppmuntra till dialog och inte monolog, respektera tystnaden, kontrollera så information från patienten har uppfattats korrekt, visa respekt för patientens autonomi och integritet, inte vara stressad utan inbjuda till en lugn och trygg miljö. Genom detta skapas en delaktighet för patienten och möjlighet att kunna förmedla vad som är viktigt för hans vård (Ivarsson, 2015).

Vårdmiljö och trygghet

Sjukhusvistelse har en inverkan på patientens möjligheter att fatta egna beslut och ta egna initiativ. Sjukhusmiljön kan ses som en främmande miljö då sjukhusmiljön skapar avgränsning från relationer, omvärlden och patienten hamnar utanför hans vanliga kontext (Dahlberg & Segesten, 2010). Florence Nightingale (1859) ansåg redan på sin tid att det var avgörande att skapa en miljö där patientens naturliga helande och läkande främjades. Miljön påverkar människans upplevelse och kan ge känslan av såväl trygghet som otrygghet då hen blir inlagd på sjukhus. Sjukhusmiljön bör ha en anda som innehåller lugn, ro, värme och trygghet där all uppmärksamhet är riktad på patienten så hen blir sedd som människa och inte bara ett namn. Förutom dessa så är ren och säker sjukhusmiljö också komponenter som leder till att miljön upplevs som vårdande och skapar ett välbefinnande för patienten (Dahlberg & Segesten, 2010; Ylikangas, 2012). Miljötrygghet beskrivs av Segesten (1984) som den yttre tryggheten och innefattar sjukhusmiljön, där patienten har närhet till hjälp och resurser, vilket bidrar till att patienten känner sig trygg. Patienter kan uppleva sin sjukhusvistelse tryggare vid

närvaro av sina närstående, därav är det av intresse att miljön är sådan att närstående har en möjlighet att bli en del av den vårdande miljön (Mollon, 2014). Den sociala miljön är att kunna ha närstående närvarande och delaktiga i sin vård, bibehålla kontakt och på så sätt bevara det trygghetsnät som vanligtvis finns utanför sjukhusmiljön. Detta kan ses som en form av relationstrygghet (Segesten, 1984).

Trygghet i vården

Vård på lika villkor och god hälsa är målet för hälso- och sjukvården. Den ska ges med respekt för den enskilda människans värdighet och alla människors lika värde. Den ska utövas med fokus på att tillgodose patientens behov av trygghet under behandling och vård (SFS 1982:763). Enligt International Council of Nurses etiska kod (ICN, 2014) är att förebygga sjukdom, återställa hälsa, främja hälsa och lindra lidandet, de fyra huvudsakliga ansvarsområden för sjuksköterskor. Patienten är i en ny och främmande miljö och som sjuksköterska krävs förståelse för att patienten kan i och med detta hamna i ett kommunikativt underläge. Därför är det viktigt att minimera effekterna av detta underläge, framförallt i det första mötet då det kanske blir den kvarstående erfarenheten för patienten. Om patienten känner sig väl bemött och kommunikations- och informationsöverföringen fungerar känner sig patienten trygg och delaktig (Ivarsson, 2015).

Sjuksköterskan kan genom sitt sätt att bemöta patienten påverka hans upplevelse av trygghet. Genom att lyssna på patientens önskemål och vilja så kommer hen att känna sig sedd och hörd (Dahlberg & Segesten, 2010). Vid situationer som innebär oro och osäkerhet för en patient så ställs det stora krav på sjuksköterskans förmåga att kommunicera, bemöta och få patienten att känna sig sedd och väl omhändertagen (Kristoffersen & Jensen, 2006). Genom ett tydligt, säkert och lämpligt uppförande i sitt bemötande upplevde sjuksköterskor att patienten hade lättare till att känna tillit och trygghet (Wassenaar et al. 2015). Med utgångspunkt från trygga relationer är sjuksköterskans uppgift att skapa tillit och trygghet. En förutsättning för detta är att sjuksköterskan har kunskap att bedriva god kommunikation oavsett situation och är trygg i sin yrkesroll. Men det kräver också att sjuksköterskan är tydlig i sin information och kan förstå patientens känslor (Sandberg, 2014). Att lyssna in, vara empatiskt och ärlig i samtalet samt inta en accepterande hållning är tre grundprinciper i bemötandet med patienten (Rogers, 1951). Karlsson et al. (2012) skriver även genom att bemöta patienten med en röst som är lugn och inbjudande så skapas möjligheten till en vårdande kommunikation.

För sjuksköterskan är det angeläget att förstå att en vårdande miljö bör innehålla lugn, rofylldhet och trygghet. För att kunna skapa en vårdande miljö krävs det att både den materiella- och sociala miljön tas i beaktande samt förståelse hur dessa påverkar varandra (Dahlberg & Segesten, 2010). Genom att anpassa den vårdande miljön så att riskerna för att ramla och skada sig minskas, men även genom att skapa en miljö som är ren, välskött och inbjudande till besök, skapas det tillit till vården och är bidragande till att patienten upplever känslan av trygghet under sin sjukhusvistelse (Wassenaar et al. 2015). Segesten (1984) visar på behovet av en ren, välskött och inbjudande miljö och genom detta visar vikten av den materiella tryggheten.

Det vardagliga livet förändras då människan läggs in på sjukhus och blir patient. Hela hans livsvärld förändras och försvåras. Det är då väsentligt att sjuksköterskan kan förstå vad den nya livsvärlden innebär för patienten. I livsvärlden finns det information och kunskap om patienten som sjuksköterskan kan använda sig av i vårdandet för att skapa känslan av trygghet hos patienten (Dahlberg & Segesten, 2010).

Livsvärld

Segesten (1984) skriver att gemenskap och tillhörighet bidrar till inre trygghet och visar på vikten av förståelse för relationer i vården. Livsvärld kan ses som ett sammanhang mellan miljön och relationer. Detta sammanhang kan ses som det vardagliga för den enskilde individen. När det vardagliga förändras genom sjukdom så förändras även livsvärlden och det är först då hen reflekterar över sin livsvärld (Dahlberg & Segesten, 2010). Livsvärlden är den värld som människan lever, den finns hela livet och kan aldrig förbises. Livsvärld är subjektivt, hur en individ upplever världen upplevs inte samma från individ till individ, och tas ofta för given. Livsvärlden finns där även fast individen inte reflekterar över den. I livsvärlden finns information och kunskap som är användbara för att kunna förstå människan (Husserl, 1989). Mollon (2014) skriver att vara inlagd på sjukhus i samband med svår sjukdom gör att patienten inte kan ta hand om sig själv och hela hans liv förändras. Genom att vårdpersonal är närvarande och vårdar patienten kan det ses som ett gott omhändertagande vilket bidrar till trygghet i den nya livssituationen

Sjukdom, välbefinnande, lidande och hälsa sker inom livsvärlden. Om inte vården klarar av att hantera och förstå patientens livsvärld så sker inget faktiskt vårdande. Med fokus på att beskriva och förstå, analysera och förklara hälsa, sjukdom och vård utefter individens upplevelser är att vårda med livsvärldsansats. Genom att ha fokus på hur sjukdom, lidande, hälsa och vårdande påverkar och upplevs av den enskilda patienten i sitt livssammanhang, med syfte att stärka och stödja patienten, förmågan att förstå vad hälsa och välbefinnande betyder för patienten är också att vårda med livsvärldsansats (Dahlberg & Segesten, 2010). Nyare forskning av Wassenaar, Boogaard, Hooft, Pickkers & Schoonhoven (2015) visar på att när patienter upplever att vårdpersonal kan förstå deras vardag samt hans aktuella livssituation, skapas känslan av trygghet.

Problemformulering

Trygghet är ett medfött begär men det krävs att omgivningen både tillåter och stimulera begäret. I en ny främmande miljö kan patientens livsvärld förändras, i samband med detta kan tryggheten gå förlorad. Tidigare forskning visar på att trygghet är en central upplevelse för människan där både inre och yttre trygghet har betydelse, men vad som skapar trygghet kan variera från individ till individ. Men genom att ta hänsyn till vad som främjar upplevelsen av trygghet för patienten skapar det en vård som genomsyras utav god kommunikation, lugn och säker miljö samt förtroende och tillit. Inte bara för den enskilde patienten utan för sjukvården som helhet. I och med att trygghet gynnar patientens vård är det av värde att ta fram kunskap av vad som främjar trygghet ur ett patientperspektiv. Denna kunskap kan hjälpa sjuksköterskor att lättare förstå vad som kan skapa trygghet hos patienter och därmed bidra till en god omvårdnad som har patienten i fokus.

Syfte

Syftet var att belysa patientens upplevda erfarenhet av trygghet vid sjukhusvård.

Metod

Studien grundar sig på en litteraturoversikt av kvalitativa vetenskapliga artiklar. Det är utifrån syftet det avgörs vilken form av texter man kan använda i datainsamlingen (Friberg, 2012, a). Målet med studien var att belysa patientens upplevda erfarenheter av trygghet vid

sjukhusvård. Syftet med en litteraturöversikt är att få sammanfattning av ett begränsat område och start för fortsatt forskning (Friberg, 2012, a).

Litteratursökning

För att få sammanfattning av ett begränsat område, samt att skapa en informationsgrund till kritisk granskning av ett begränsat område, görs en litteraturöversikt (Friberg, 2012, b). I litteratursökningen användes databaserna Cinahl och Pubmed för att söka vetenskapliga artiklar. Cinahl och Pubmed är databaser där hälso- och vårdvetenskapliga artiklar sökes (Backman, 2016). För att skapa en översikt i ämnet och hitta lämpliga sökord gjordes en inledande osystematisk sökning och abstract lästes vilket ger ett helikopterperspektiv av ämnet (Friberg, 2012, b). Denna översiktssökning resulterade inte i någon artikel för analysen men gav sökorden: feeling safe, patients experience, patients attitudes samt safety. Orden prövades i olika böjningsformer för att öka antalet träffar. Enligt Östlundh (2012) så används trunkering för att få flera böjningsformer och träffar. Enligt Backman (2016) är vetenskapliga artiklar en primärkälla som används till grund för en litteraturöversikt. För att kunna få svar på syftet väljs artiklarna systematiskt, detta görs genom kvalitetsgranskning och tydliga sökord (Friberg, 2012, a). De vetenskapliga artiklarna i studien söktes systematiskt (Bilaga I) samt vara publicerade mellan åren 2006-2016. För att få så ny forskning som möjligt.

Den primära sökningen gav tio artiklar som svarade mot syftet i studien. Artiklarna kvalitetsgranskades utifrån Fribergs (2012, c) metod att granska kvalitativa artiklar. Polit & Beck (2008) skriver att information i en artikel skall vara en förstahandsinformation, det vill säga en primärkälla. Genom att artiklarna grundade sig på empirisk kunskap kunde författarna säkerställa att informationen var en primärkälla.

Urval

Under den systematiska sökningen framkom artiklar som kan svara på syftet, dessa inkluderades och därmed kom vissa texter att exkluderas för att de inte motsvarade syftet. Exklusions- och inklusionskriterier styrs av syftet. Därför måste det finnas tydliga grunder på vad som gör att en artikel kan exkluderas eller inkluderas (Friberg, 2012, b).

I studien inkluderades kvalitativa studier med kvinnor och män över 18 år som vårdas eller har vårdats på sjukhus i västvärlden. Artiklarna som söktes skulle vara publicerade mellan åren 2006- 2016, de artiklarna som till slut valdes för analys var publicerade mellan åren 2007- 2016 och vara skrivna på engelska. Exklusionskriterierna var kvantitativa artiklar, deltagare under 18 år, artiklar som inte rör sig i västvärlden, artiklar skrivna på andra språk än engelska och svenska, patienter inskrivna eller vårdade på psykiatriska vårdavdelningar.

Artiklarna söktes systematiskt och skulle vara peer reviewed. För att kunna få träffar på artiklar enbart från vetenskapliga tidskrifter väljs artiklarna att sökas peer reviewed (Östlundh, 2012).

Urvalsprocessen började med att gemensamt läsa de 159 titlar som var relevanta för syftet. Urvalet fortsatte med att läsa de 55 abstract med relevanta titlar. De abstract som visade sig vara relevanta mot syftet valdes ut och lästes. Från de 55 abstract valdes 10 artiklar ut som svarade mot studiens syfte. För att minimera tolknings- och översättningsfel lästes samtliga titlar, abstract och artiklar gemensamt.

Analys

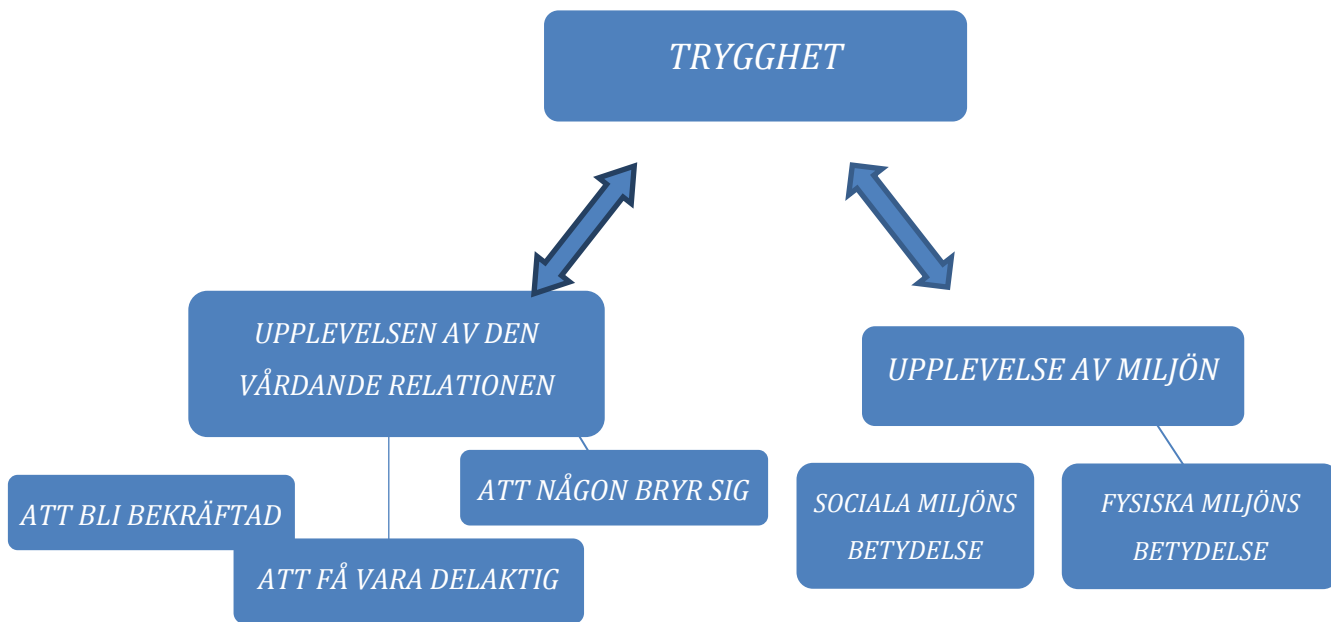
Enligt Friberg (2012, b) kan analysarbetet ses som en nedbrytning av helheten till delar, som sedan byggs upp till en ny helhet. Detta är vanligt vid analys av kvalitativa artiklar. Ny helhet skapas genom att bryta ner inkluderade artiklar för att hitta bärande begrepp som svarar syftet. Resultatet framkommer genom att de meningsbärande enheterna jämförs med varandra utifrån likheter och skillnader. Analysen av materialet i denna studie sker i fem steg enligt Friberg (2012, c). Första steget är att läsa igenom valda artiklar, andra steget är fokusera på resultatet och dess tema, tredje steget är att göra en sammanställning av resultatet, fjärde steget är att sammankoppla de olika resultaten till varandra och skapa nya teman och subteman och det femte och sista steget är att presentera resultatet utefter nya teman och subteman.

Analysarbetet började med att författarna läste igenom de valda artiklarna. Inläsningen gjordes först var och en för sig själv, detta för att inte påverka varandra, sedan gemensamt för att kunna stärka resultatet. Inläsningen gjordes för att jämföra vad vi kom fram till med fokus på resultatet för att få en uppfattning om innehållet. Författarna fortsatte med att diskutera och analysera resultaten i de valda artiklarna. Arbetet fortsatte med att sammanställa de olika artiklarnas resultat i ett analyschema (Bilaga II), detta för att få bättre översikt över resultatet. Analyschemat användes av författarna för att kunna se likheter eller skillnader mellan de olika artiklarna och dess manifesta budskap och på så sätt relatera dem till varandra. Det tio artiklarnas resultat bröts ner och tolkades in i två nya teman och fem subteman. Analysarbetet avslutades genom att författarna utefter de nya temana och subtemana sammanställde resultatet till ett latent budskap. Manifest budskap är det någon vill säga med texter eller berättelser, genom att tolka berättelser eller texter fås ett latent budskap av innebörden (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Resultat

Resultatet visade på att trygghet kunde upplevas då patienten kände sig bekräftad, att patienten känner delaktighet och när vårdpersonalen bryr sig om patienten. Den sociala och fysiska miljön var också av betydelse för känslan av trygghet. Resultatet från artiklarna presenterades i två huvudteman och fem subteman (Figur: 1).

Figur: 1 Känsla av trygghet



Upplevelsen av den vårdande relationen

Att bli bekräftad

Trygghet kunde upplevas när patienterna kände att dem blev bekräftade. Detta skedde när patienten upplevde sig lyssnad på samt sedd. Upplevelsen av bekräftelse fick patienterna även när dem gavs möjlighet att förklara vad deras aktuella sjukdom hade för inverkan på deras liv samt deras erfarenheter av sjukdomen (Andersson, Burman & Skär, 2011; Karlsson & Forsberg, 2008; Karlsson, Lindahl & Bergbom, 2012; Kobleder, Mayer & Senn, 2016; Kvåle & Bondevik, 2010; Lasiter, 2012; Lasiter & Duffy, 2011; Lovink, Kars, de Man-van Ginkel & Schoonhoven, 2015; Sutton, Rolfe, Landry, Sternberg & Price, 2012).

Att bli bekräftad ansåg patienterna vara när sjuksköterskan tog sig tid att lyssna både empatiskt och förstående. Detta bidrog till att patienterna upplevde sig trygga med att den information som givits förstods och respekterades (Kobleder et al. 2016; Lovink et al. 2015; Kvåle & Bondevik, 2010).

Möjligheten att ha någon att prata med, visa sina känslor och dela erfarenheter med, bidrog till känslan av att bli bekräftad. Tack vare patienternas regelbundna kontakt med sjuksköterskan fick patienterna känslan av att inte vara ensamma i sin sjukdom, det fanns någon där för dem och detta skapade känslan av trygghet (Kobleder et al. 2016)

Att bli bekräftad handlade för merparten av patienterna om personlig uppmärksamhet, god kommunikation och en god relation till sjuksköterskan. Detta var viktigt för att känna sig trygg (Lovink et al. 2015).

Att få vara delaktig

Det visade sig att känslan av trygghet var kopplad till patienternas behov av få vara delaktiga och få kontroll över sin aktuella situation. Delaktighet och kontroll upplevdes av patienterna då de fick kunskap om sin sjukdom och planerade vård (Andersson et al. 2011; Karlsson & Forsberg, 2008; Kvåle & Bondevik, 2010; Lasiter, 2012; Lovink et al. 2015).

Under sjukhusvård så skapades oro hos patienten över sin sjukdom och framtid. Denna oro skapade ett behov av att känna sig delaktig i sin vård. Patienten upplevde sig delaktiga genom att få kunskap om sitt aktuella tillstånd och framtida händelser. Genom att sjuksköterskan på ett bra och adekvat sätt informerade patienten om vården kunde hen känna sig delaktig och trygg (Kobleider et al. 2016; Lovink et al. 2015; Kvåle & Bondevik, 2010).

Patienterna kunde känna sig delaktiga om vårdpersonal tog hänsyn till den information som patienterna givit dem. Delaktighet i vården upplevdes av patienterna även när vårdpersonalen gav adekvat information om sjukdom och behandling. Detta var av stor betydelse för hur patienter upplevde trygghet under sin vårdtid (Kobleider et al. 2016; Lovink et al. 2015; Kvåle & Bondevik, 2010).

Genom att sjuksköterskan gav patienten möjlighet till deltagande i sin egen behandling kände patienten kontroll och trygghet. Kontroll och kunskap om sin behandling var viktig för vissa av patienterna. Dessa patienter var involverade i sin behandling. De fick koppla in och ur dialysmaskinen samt ta sitt eget blodtryck (Lovink et al. 2015).

Att någon bryr sig

Genom att någon brydde sig om dem kunde patienterna känna trygghet. I en stressig miljö fanns det en oro över att få felaktig information av vårdpersonalen. Genom att rätt patient fick rätt information om sin vård och behandling upplevde patienterna att vårdpersonalen, trots en stressig miljö var noggranna och visade omtanke om dem. Detta minskade oron och skapade en känsla av trygghet (Kvåle & Bondevik, 2010).

För att patienterna skulle kunna få känslan av trygghet under sjukhusvården behövde de uppleva att någon brydde sig om dem. Detta uppstod när vårdpersonalen förstod patienternas behov samt vad som behövdes göras vid alla tillfällen. Detta ansåg patienterna bara kunde ske om vårdpersonalen var trygga i sina yrkesroller (Andersson et al. 2011; Karlsson & Forsberg, 2008; Kvåle & Bondevik, 2010; Lasiter, 2012; Lovink et al. 2015).

Det fanns trygghet i att personalen kom och frågade hur patienterna mårde och om de behövde hjälp med något. Denna trygghet förklarades av patienterna som en känsla av att bli kontrollerad och att sjukhusvården var sådan att den fokuserade på varje patient som en enskild individ och dennes behov (Lasiter & Duffy, 2011).

Känslan av att vårdpersonalen brydde sig om hur patienterna mårde uppstod genom kontinuerliga kontroller och att patienterna fick hjälp så snart de kände behov av det. Detta gjorde så patienterna upplevde trygghet i sin sjukhusvård (Andersson et al. 2011; Karlsson & Forsberg, 2008; Karlsson et al. 2012; Kobleider et al. 2016; Kvåle & Bondevik, 2010; Lasiter, 2012; Lasiter & Duffy, 2011; Lovink et al. 2015; Sutton et al. 2012).

Upplevelsen av att någon brydde sig om patienten grundade sig i hur väl sjuksköterskans förmåga att förstå patienternas aktuella situation och vad den innebar för deras liv. Denna förståelse var avgörande för trygghetskänslan hos patienterna (Karlsson & Forsberg, 2008).

Sjuksköterskan förmåga att få patienten känna sig glad och positiv samt samtala om det vardagliga livet utanför sjukhuset ingav en känsla av omtanke om patienten. Den positiva känslan som denna omtanke skapade gjorde så att trygghet upplevdes hos patienten i sin vård (Karlsson & Forsberg, 2008).

Upplevelse av miljö

Sociala miljöns betydelse

Den sociala miljö hade en stor betydelse i att känna sig trygg. Detta beskrevs av deltagarna i studien som att vara medveten om närståendes närvaro, höra deras röster, känna deras beröring och känna igen deras lukt. Deltagarna sade att närvaron av närstående gav känslan av trygghet, när deras närstående var frånvarande kände sig deltagarna ensamma och räknade timmarna till nästa besök. Känslor av lycka och trygghet beskrevs när närstående åter kom på besök (Engström & Söderberg, 2007).

När miljö var sådan att sjuksköterskan kunde dela sin vardag, skratta med patienterna samt förmedlade vad som hände utanför sjukhusets väggar visades hänsyn till behovet av den sociala miljö. Att dela vardagliga historier och att skratta tillsammans bidrog till trygghet och en social bekräftelse (Karlsson & Forsberg, 2008).

Hänsyn till den sociala miljö kunde visa sig när vårdpersonalen förstod patienternas försök och behov till att samtala med dem. Genom att vårdpersonalen tog hänsyn till behovet av den sociala bekräftelsen förenklades patienternas situation och ökade deras känsla av välmående och trygghet (Karlsson & Forsberg, 2008).

Genom att utforma rehabiliteringsgrupper som endast bestod utav kvinnor skapades en social miljö där patienterna som deltog kunde känna sig trygga. Närheten till personer med samma kön och sjukdomshistoria var grunden i att uppleva trygghetskänslan under sin rehabilitering (Sutton et al. 2012).

Positiv support och andan från vårdpersonalen är sådan sjukhusmiljö som ingav trygghet hos patienterna. Denna trygghet som patienterna kände under vårdtiden, hjälpte patienterna att fortsätta med sin vård och rehabilitering trots motgångar (Andersson et al. 2011).

Fysiska miljöns betydelse

När den fysiska sjukhusmiljö var utformad så det alltid fanns närhet till vårdpersonal så ansåg merparten av patienterna att sjukhusmiljö bidrog till trygghetskänsla. Genom att sjuksköterskeexpeditionen låg centralt placerad eller att det fanns fler än en expedition på avdelningen var miljö utformad så att det alltid fanns vårdpersonal i närheten av patienterna (Lasiter, 2012; Lasiter & Duffy, 2013; Lovink et al. 2015; Sutton et al. 2012).

Genom att intensivvårdsavdelningen hade glasväggar var den utformad så att deltagarna i studien alltid kunde se sjuksköterskan och sjuksköterskan dem. Alla deltagarna i studien förklarade betydelsen utav att kunna se sjuksköterskorna och veta att sjuksköterskorna alltid såg och övervakade dem. För deltagarna i studien var vetskapen om att någon alltid såg dem viktigt för att känna sig trygg (Lasiter, 2012).

Flerbäddsrum ingav känslan av trygghet hos patienterna. Patienterna menade på att vara i samma rum som andra gjorde så sjuksköterskans närvaro ökade och därmed tryggheten (Lovink et al. 2015)

Övervakningsutrustning så som hjärtövervak och blodtrycksmaskiner var apparaturer som krävdes för att sjuksköterskan skulle kunna kontrollera patienterna. Patienter menade att denna övervakning ökade närvaron av sjuksköterskan, då dem kom kontinuerligt för att läsa av utrustning. Närvaron gjorde att de kände sig noggrant övervakade och skapade trygghet för patienterna (Lasiter, 2012; Sutton et al. 2012).

Det visade sig att larmknappen, som fanns hos varje patient i rummet, ingav känslan av trygghet. Den känslan kom av patientens möjlighet att få hjälp vid behov och själva kunde kontrollera sin situation. Detta genom att patienterna endast behövde trycka på larmknappen i vetskap om att det inom kort kom personal som kunde hjälpa dem eller svara på deras frågor (Lasiter, 2012).

Patienterna kände sig trygga i vetskapen om att de snabbt kunde få hjälp. Detta genom att trycka på larmknappen eller ropa på sjuksköterskan genom en babymonitor (Lovink et al. 2015).

Diskussion

Metod

Studien grundade sig på en litteraturöversikt av kvalitativa studier. Polit & Beck (2008) menar att kvalitativ forskning genom berättelser och observationer inriktar sig på att studera företeelser. Vi anser att trygghet och hur den upplevs är en företeelse, för att få överblick i det valda problemområdet valdes en litteraturöversikt. Vid sökning av artiklar fann vi resultat vilka svarade på syftet i studien. Friberg (2012, c) skriver att genom litteraturöversikt så skapar författarna sig översikt på ett specifikt valt område via ett strukturerat arbetssätt. Översikten som författarna kom fram till baserades på ett systematiskt val av texter som berörde det specifika området. Det valda området togs från allmänsjuksköterskans arbetsområde och skulle röra sig inom vårdvetenskapen. Litteraturen som valdes kvalitetsgranskades och analyserades utefter Fribergs (2012, c) anvisningar om kvalitetsgranskning och analys. Kvalitetsgranskningen gjordes för att se om de valda studierna innefattade den företeelse som ämnades studera. Fördelen med analys och kvalitetsgranskning är att artiklar som väljs till studien har en hög överförbarhet och trovärdighet (Friberg, 2012, c). Nackdelen enligt författarna med detta är att artiklar med lägre överförbarhet och trovärdighet sorterades bort trots att innehållet kunnat bidra till studiens resultat.

Författarna ansåg att det skulle kunna finnas nackdelar med en litteraturöversikt. Såsom att det kunde visa sig finnas begränsad mängd relevant forskning samt risken för ett selektivt urval. Detta skulle då resultera i att det uppstod svagheter i studien. Denna uppfattning styrktes av att Friberg (2012, b) skriver att litteraturöversikter har fått kritik såsom att den har för lite relevant forskning som bas för översikten. Det finns risk för ett selektivt urval, det vill säga att författaren väljer studier som utgår från hans egna förutfattade meningar. Författarna ansåg sig dock kunna vara neutrala i valet av artiklar samt att det fanns tillräcklig mängd relevant forskning för att kunna svara på studiens syfte. Eftersom det framkom tydligt i artiklarna vad som var orsaken till trygghet så kunde vi finna en övergripande helhet om patienters upplevelse av trygghet vid sjukhusvård. Författarna ansåg att ytterligare en nackdel

med litteraturöversikt är att det inte skapades en lika djup förståelse i det valda området. Författarna ansåg om de gjort intervjuer hade de fått djupare förståelse.

För att få artiklar till resultatet söktes det i databaserna Cinahl och Pubmed. Författarna var medvetna om att det fanns möjlighet till att resultatet hade sett annorlunda ut om det inkluderats fler databaser.

Då studien syfte var att belysa patientens upplevda erfarenhet av trygghet vid sjukhusvård valdes artiklar bort som berörde övriga delar inom sjuksköterskans ansvarsområde. Vård på psykiatriska vårdavdelningar valdes bort, även om dessa fanns på sjukhus, detta för att författarna ville undersöka den somatiska delen av sjukhusvården. Det togs ingen hänsyn till könstillhörighet i de valda artiklarna. Författarna var medvetna om att detta gjorde att studien inte fick något genusperspektiv. Genom att inte ha ett genusperspektiv ansåg författarna att dem fick större bredd i studien.

Genom att författarna analyserade, diskuterade, reflekterade och gemensamt analyserade artiklarnas innehåll stärktes trovärdigheten i studien. Lundman & Hällgren Graneheim (2012) skriver att genom en noggrann förklaring av analysarbetet får studien större tillförlitlighet och därmed högre trovärdighet. Arbetet gav författarna djupare förståelse och kunskap för vad som kan skapa känslan av trygghet hos patienter. Genom att innehållet i artiklarna under analysprocessen reflekterades mot syftet i studien samt ha varit noga med neutral hållning till den insamlade informationen stärktes giltigheten. Lundman & Hällgren Graneheim (2012) skriver att giltigheten i studien avgör hur väl resultatet svarar mot syftet och därmed ökar trovärdigheten i studien.

De valda artiklarnas innehåll sammanfattades utefter studiens syfte. För att göra materialet mer förståeligt och sammanhängande delades materialet in i fem subteman och två teman. De teman som presenterades i resultatet återgav det avgörande innehållet i artiklarna och den röda tråden. Då resultatet byggde på analys av insamlade fakta kunde det inte garanteras att andra studier kommer att ge samma resultat.

För att författarna skulle kunna svara på studiens syfte har endast det relevanta innehållet tagits med ifrån artiklarna. Detta har gjorts utan att personliga åsikter har påverkat studiens resultat. Samtliga valda artiklar var skrivna på engelska. Författarna är medvetna om att det fanns en risk för feltolkningar av de valda studiernas resultat då engelska ord kan ha fler innebörder på svenska. Svårigheten i den systematiska sökningen har varit översättningen av orden safety och safe då dessa ord på engelska betyder både trygghet och säkerhet därav har det lagts stor vikt i noggrannheten av översättningen i analysarbetet för att undvika sakfel.

Fem artiklar i denna studie var från Norden, övriga fem var från USA och Nordeuropa. Genom att jämföra de fem artiklarna från Norden med de övriga fem anser vi att dessa länder har likartad sjukhusvård och människosyn. Nio av tio artiklar inkluderade både män och kvinnor. I analysen har även författarna sett på likheter och skillnader i de valda artiklarna. Det fanns risk för stora skillnader då artiklarna rörde sig inom många olika vårdområden samt att artiklarna inte endast handlade om trygghet som begrepp. Det gick att se viss skillnad på upplevelse av trygghet beroende på huvudämnet i artikeln och typ av vård. Dock ansåg författarna att likheterna mellan de olika artiklarna var större än skillnaderna. Genom detta ansåg författarna att det skulle vara möjligt att överföra resultatet till en större mängd människor, därmed ansåg vi att överförbarheten och trovärdigheten i denna studie var god, författarnas uppfattning stärktes utav att Lundman & Hällgren Graneheim (2012) skriver att överförbarheten avgörs huruvida man kan överföra resultatet till en större population eller ej och hög överförbarhet ger god trovärdighet för studien.

Samtliga studier hade noggrann redovisning av urval och tydlighet i att deltagarna kunde tacka nej och hoppa av studien. Därför kände författarna att det inte fanns några etiska funderingar kring det för studiens valda artiklar och därmed även denna studie.

Resultat

Resultatet i studien visar på att den vårdande relationen och närvaro av andra är de bidragande upplevelserna i att känna sig trygg under sin sjukhusvård. Resultatet visar på att dessa två delar kan tillsammans eller var för sig bidra till en trygghetskänsla. Det författarna ser under analyserna av artiklarna är att den vårdande relationen och närheten av andra oftast påverkas av varandra. Uppfattningen stärks utav att Segesten (1984) beskriver trygghetskänslan som en kombination av inre och yttre trygghet. Trygghet är ett begrepp med många dimensioner och författarna har haft svårigheter att hitta övergripande teman för att förklara upplevelsen av trygghet som företeelse. Detta innebär att andra eventuella studier troligtvis inte kommer att visa på samma resultat. Det vi ser i resultatet är att Segestens (1984) beskrivningar av trygghet återfinns i de valda artiklarna som svarade mot studiens syfte. Författarnas uppfattning är att studiens subteman går att återfinna inte bara i sjukhusvården utan även i andra delar i vården. Denna uppfattning stärks utefter nyare forskning av Ahl & Nyström (2012) som menar på vårdpersonalens kunskap är det som stärker patienternas känsla av trygghet. Sådan kunskap är ett tryggt och lugnt bemötande i en stressig och intensiv miljö. Detta inger förtroende till vårdpersonalen och trygghet hos patienten.

Upplevelsen av den vårdande relationen

I studien framkommer det att den vårdande relationen är väsentlig för patienternas upplevda erfarenheter av trygghet. Författarna anser att vårdpersonalens förmåga att skapa en vårdande relation är avgörande i huruvida patienterna upplever trygghet. Denna uppfattning stärks genom att nyare forskning av Meriläinen, Kyngäs & Ala-Kokko (2010) visar på att patienter känner sig trygga genom dagliga rutiner av vårdpersonalen, såsom att bli tvättad morgon och kväll och att bli kontrollerad. Att sjuksköterskan tar hand om planerade undersökningar och informerar övriga vårdgivare samt patienter och deras närstående om planerad vård, bidrar även till trygghet för patienten. Därmed anser författarna om det inte skapas en vårdande relation finns det risk för att patienterna skulle uppleva sin vård som otrygg.

Information och kunskap om vården är av stor betydelse för trygghetskänslan hos patienten. Författarna anser att det är en del av sjuksköterskans kompetens att ha kunskap om behandlingar och sjukdomar och vara uppdaterad med ny kunskap. Denna uppfattning stärks genom att Edqvist och Edqvist (2005) skriver att sjuksköterskan ska ha praktiska och teoretiska kunskaper för att på ett bra sätt kunna genomföra sina arbetsuppgifter. Också genom att det i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763) står att vården ska vara av god kvalitet. Utefter studiens resultat anser författarna att sjuksköterskan ska kunna delge sin kunskap på ett pedagogiskt sätt så att patienterna förstår informationen och på så sätt bidra till trygghet. Denna uppfattning styrks genom att Bergh (2012) skriver att en viktig del i sjuksköterskans pedagogiska uppgift är att anpassa informationen till hur och vem den ska ges. Resultatet visar på att i temat, den vårdande relationen är delaktighet den viktigaste upplevelsen för känslan av trygghet. Upplevelsen av delaktighet sker via information och det är informationsbristen som kan bidra till otrygghet. Detta kan stärkas genom Söderberg, Olsson & Skär (2011) som i sin studie tagit del av inkomna klagomål till patientnämnden rörande patienters vård. Där det har visat sig att det skapas ett missnöje hos patienterna när de inte fått den information och kunskap dem behöver i samband med sin sjukhusvård. Detta missnöje yttrar sig i en känsla av osäkerhet och otrygghet (Söderberg, Olsson & Skär, 2011). Författarna anser att resultatet visar på att sjuksköterskan måste ha förmåga att kunna få

patienten delaktig i sin vård för att få patienten att uppleva trygghet. Med ett livsvärldsperspektiv som grund i vården läggs fokus på att beskriva och förklara hälsa och sjukdom samt vård utefter hur dessa erfarenheter upplevs av människan (Dahlberg & Segesten, 2010). Utefter detta anser författarna att förståelsen för att vårda med livsvärldsperspektiv är den viktigaste kunskapen för sjuksköterskan för att göra patienten delaktig. Kan man inte som sjuksköterska relatera till patientens livsvärld och förstå hur livsvärldens påverkar patienten anser vi att det är omöjligt att göra patienten delaktig i sin vård.

Upplevelse av miljön

Upplevelse av miljön i denna studie syftar till betydelsen av den sociala och fysiska miljön i hur patienten upplever trygghet. Fokus i upplevelse av miljön ligger i betydelsen av den sociala miljön och dess innebörd för upplevelsen av trygghet. Det framkommer i litteraturöversikten och bakgrunden att den sociala miljön påverkas av den fysiska miljöns utformning samt utrustning. Denna uppfattning stärks via Segestens (1984) förklaring av hur inre och yttre trygghet påverkade varandra och samspelet mellan dem i upplevelsen av trygghet. Även genom Lasiter (2012); Lasiter & Duffy (2013); Lovink et al. (2015); Sutton et al. (2012) som menar på att patienterna ansåg att sjukhusmiljön var en bidragande faktor till känslan av trygghet. Detta stärker även författarnas uppfattning om att inte ta hänsyn till betydelsen av den sociala och fysiska miljön kan bidra till otrygghet för patienten.

Författarna är medvetna om att det kan skapas missuppfattningar genom begreppet social miljö, då det inte kan ses som en självklarhet att relationer är en miljöfråga. Men författarna anser att relationer till närstående, vårdpersonal och andra patienter ska ses som en miljöfråga. Uppfattningarna stärks av Mollon (2014).

För att kunna förstå innebörden av den sociala miljön för patienten anser författarna att vårdpersonalen behöver förstå att när individen blir patient förändras hela hans vardag och därmed blir hans livsvärld förändrad och begränsad. Vårdpersonalen måste ha förmåga att utifrån patientens livsvärld finna saker som bidrar till en social trygghet. Kunskap och information om patienten går att finna i hans livsvärld. Denna information kan sjuksköterskan använda sig av i vårdandet och som bidrar till en känsla av trygghet hos patienten. Denna uppfattning stärks författarna genom att Dahlberg & Segesten (2010) skriver att uppmärksamheten ska vara riktad mot patienten så hen inte bara blir sedd som ett namn utan som en enskild individ. Detta genom att sjukhusmiljön har en anda som innehåller värme, trygghet, lugn och ro. Samt att Segesten (1984) skriver att relationstrygghet är när miljön är utformad på det sättet att patienten kan ha närstående delaktiga i sin vård, bevara trygghetsnätet som finns utanför sjukhusmiljön genom bibehållen kontakt. Nyare forskning av Meriläinen et al. (2010) visar att den sociala miljön består av vårdpersonal, övrig personal, andra patienter på vårdavdelningen och närstående.

Slutsatser

Studiens resultat visar på att det är ett flertal faktorer som bidrar till trygghetskänsla hos patienter vid sjukhusvård. Trygghet kan upplevas av handlingar såsom att bli bekräftad som patient, att patienten ges möjlighet till att vara delaktig samt när någon bryr sig om patienten. Handlingarna bildar ett övergripande tema som valts att kallas upplevelsen av den vårdande relationen. Trygghet finner man också i sjukhusets fysiska och sociala miljö. Miljöaspekterna skapar temat upplevelse av miljön. Slutsatsen är att upplevelsen av trygghet ser oftast likadan ut oavsett orsaken till sjukhusvård.

Praktiska implikationer

Denna studie kan ge inblick och bredare förståelse hur patienter upplever trygghet i sjukhusvården. Genom denna förståelse skapas det möjligheter för vårdpersonal att få patienten att uppleva trygghetskänsla. Vi anser att den viktigaste kunskapen om trygghet fås genom samtal och diskussion med patienter om deras upplevelser för att skapa känsla av trygghet i vården.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Upplevelsen av trygghet är en individuell företeelse vilket gör det svårt att säga exakt vad trygghet grundar sig i. Därför anser vi att det krävs mer specifik forskning inom begreppet trygghet i sjukhusmiljö. Det vi ser är att miljön har en stor påverkan på upplevelsen av trygghet. Därav hade det varit intressant att göra vidare forskning om miljöns utformning och påverkan på patientens trygghetsupplevelse. Genom att få mer kunskap om miljöns påverkan på människan, skulle sjuksköterskan kunna vara med och utforma sjukhusmiljön så att den blir optimal utifrån patientens upplevelse av trygghet.

Referenser

Ahl, C., & Nyström, M. (2012). To handle the unexpected – The meaning of caring in pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 20(1), 33-41.
doi:10.1016/j.ienj.2011.03.001

- Andersson, M. (1994). *Integritet som begrepp och princip: en studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Andersson, L., Burman, M., & Skär, L. (2011). Experiences of caretime during hospitalization in a medical ward: older patients' perspective. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(4), 646-652. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00874.x
- Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. (Uppl. 3:1) Författarna och studentlitteratur.
- Bergh, M. (2012). Sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i mötet med närstående. I E. Pilhammar. (Red.), *Pedagogik inom vård och handledning* (ss. 65-88). Lund: Studentlitteratur.
- Bowlby, J. (1994). *En trygg bas*. Stockholm, Natur och Kultur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010) Hälsa & vårdande. *I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dinç, L., & Gastmans, C. (2013). Trust in nurse–patient relationships: A literature review. *Nursing Ethics*, 20(5), 501–516. doi:10.1177/0969733012468463
- Edqvist, I. & Edqvist, L. (2005). *Arbeta i vård och omsorg*. (1. uppl.) Stockholm: Bonnier utbildning.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation* (2:3uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Engström, A., & Söderberg, S. (2007). Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *Journal Of Advanced Nursing*, 59(6), 569-576. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04336.x
- Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I B. Fossum. (Red.) *Kommunikation - samtal och bemötande i vården* (ss. 23- 39). Författarna och Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012, a). Tankeprocessen under examensarbete. I F. Friberg. (Red.) *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss.37-46). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012, b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg. (Red.) *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss.133- 143). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012, c). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning . I F. Friberg. (Red.) *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss.121- 132). Lund: Studentlitteratur.
- Husserl, E. (1989). *Fenomenologins idé*. Göteborg: Daidalos.
- Hälso- och sjukvårdslag. (1982). Hämtad den 9 december 2016 från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- Ivarsson, K. (2015) *Möten i vården*. Lund: Studentlitteratur.

- Karlsson, V., & Forsberg, A. (2008). Health is yearning--experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(1), 41-50.
- 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. doi:10.1016/j.iccn.2011.12.007
- Karlsson, V., Lindahl, B., & Bergbom, I. (2012). Patients' statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: a prospective video-recorded study. *Nursing Inquiry*, 19(3), 247-258. doi:10.1111/j.1440-1800.2011.00576.x
- Koblede, A., Mayer, H. and Senn, B. (2016), 'Feeling someone is there for you' – experiences of women with vulvar neoplasia with care delivered by an Advanced Practice Nurse. *Journal of Clinical Nursing*. 25, doi:10.1111/jocn.13434
- Kristoffersen & Jensen (2006) Sjuksköterskans roll i organisation och samhälle. I E-A. Skaug, F. Nortvedt, & N. Jahren Kristoffersen (Red.), *Grundläggande omvårdnad: Del 4* (ss.172-217). Stockholm: Liber.
- Kvåle, K., & Bondevik, M. (2010). Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 436-442. doi:10.1188/10.ONF.436-442
- Lasiter, S. (2011). Older adults' perceptions of feeling safe in an intensive care unit. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(12), 2649-2657. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05714.x
- Lasiter, S., & Duffy, J. (2013). Older Adults' Perceptions of Feeling Safe in Urban and Rural Acute Care. *Journal Of Nursing Administration*, 43(1), 30-36. doi:10.1097/NNA.0b013e3182786013
- Lovink, M. H., Kars, M. C., Man-van Ginkel, J. M., & Schoonhoven, L. (2015). Patients' experiences of safety during haemodialysis treatment - a qualitative study. *Journal Of Advanced Nursing*, 71(10), 2374-2383. doi:10.1111/jan.12690
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielson. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning* (ss. 187-202). Lund: Studentlitteratur.
- Meriläinen, M., Kyngäs, H., & Ala-Kokko, T. (2010). 24-Hour intensive care: An observational study of an environment and events. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(5), 246-253. doi:10.1016/j.iccn.2010.06.003
- Mollon, D. (2014). Feeling safe during an inpatient hospitalization: a concept analysis. *Journal Of Advanced Nursing*, 70(8), 1727-1737. doi:10.1111/jan.12348
- Nationalencyklopedin*, trygg. <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se> (hämtad 2016-11-15)
- Nationalencyklopedin*, trygghet. <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se> (hämtad 2016-11-15)
- Nightingale, F. (1859) *Notice to Nurses*.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research – Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rogers, C. R. (1951). *Client- Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.

Sandberg, H. (2014). *Sjuksköterskans samtal - Professionalitet och medmänsklighet*. Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (1994). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: Göteborgs universitet.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Sutton, E. J., Rolfe, D. E., Landry, M., Sternberg, L., & Price, J. A. (2012). Cardiac rehabilitation and the therapeutic environment: the importance of physical, social, and symbolic safety for programme participation among women. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(8), 1834-1846. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06041.x

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Söderberg, S., Olsson, M., & Skär, L. (2012). A hidden kind of suffering: female patient's complaints to Patient's Advisory Committee. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(1), 144-150. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00936.x

Thorsen, R. (2005). Trygghet. I E-A. Skaug, F. Nortvedt, & N. Jahren Kristoffersen (Red.), *Grundläggande omvårdnad: Del 3* (ss.13- 38). Stockholm: Liber.

Wassenaar, A., Boogaard, M., Hooft, T., Pickkers, P., & Schoonhoven, L. (2015). 'Providing good and comfortable care by building a bond of trust': nurses views regarding their role in patients' perception of safety in the Intensive Care Unit. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(21/22), 3233-3244. doi:10.1111/jocn.12995

Wassenaar, A., Schouten, J & Schoonhoven, L (2013). Factors promoting intensive care patients' perceptions of feeling safe: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 51(2014), 261-273. Hämtad från databas CINAHL with fulltext.

Ylikangas, C. (2012). Miljö - ett vårdvetenskapligt begrepp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom. (Red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Författarna och Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga I

Databas Cinahl 20161026	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	Feeling safe	461	0	0	0	0
#2	"Patient*experience*"	7698	0	0	0	0
#3	#1 AND #2	19	0	0	0	0
#4 Begränsningar. 2006-2016. Peer reviewed	#1 AND #2	11	11	5	3	2

Databas Cinahl. 20161026	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakter	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	"feeling safe"	99	0	0	0	0
#2	MH Patient attitudes	22462	0	0	0	0
#3Begränsningar 2006-2016 Peer reviewed	#1AND #2	14	14	10	2	2

Databas Pubmed 20161103	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakter	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	Feeling safe	2024	0	0	0	0
#2	"Feeling safe"	152	0	0	0	0
#3	Patients experience AND #2	18	0	0	0	0
#4 Begränsning Senaste 5 åren, Fulltext	#2 AND #3	11	11	5	3	1

Databas Cinahl 20161104	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakter	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	ICU	11641	0	0	0	0
#2	MH patient attitudes	22462	0	0	0	0
#3	#1AND#2	119	0	0	0	0
#4 Begränsningar 2006-2016 Peer reviewed	#1AND#2	78	27	20	4	1

Databas Cinahl 20161104	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakter	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	Feeling safe	461	0	0	0	
#2	Intensive care unit	38762	0	0	0	
#3	#1AND #3	16	0	0	0	
#4 Begränsningar, 2006-2016 Peer reviewed	#1AND #3	12	12	6	2	1

Databas Cinahl 20161104	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakter	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	Hermeneutics	2191	0	0	0	0
#2	"patient*experience*"	7123	0	0	0	0
#3	1#AND#2	91	0	0	0	0
#4 Begränsningar 2006-2016 Peer reviewed	1#AND#2	56	56	4	2	1

Databas Cinahl	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakter	Lästa artiklar	Valda artiklar
-------------------	--------	---------	-----------------	---------------------	-------------------	-------------------

20161104						
#1	"Patient safety"	36532	0	0	0	0
#2	Rehabilitation	107961	0	0	0	0
#3	Cardiac	59267	0	0	0	0
#4	#1AND #2AND #3	29	0	0	0	0
#5 Begränsningar 2006-2016 Peer reviewed	#1AND#2AND#3	22	22	5	4	1

Databas Cinhal 20161104	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakter	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	Feel safe	386	0	0	0	0
#2	Patients perception	24726	0	0	0	0
#3	"cancer patients"	30027	0	0	0	0
#4	#1AND#2AND#3	2	2			
#5 Begränsningar 2006-2016 Peer reviewed	#1 AND #2AND #3	2	2	2	2	1

Bilaga II.

	Problem Och syfte	Ansats/metod	Urval	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
--	-------------------	--------------	-------	--------------------------	---------------------

<p>Andersson, L., Burman, M. & Skär, L. (2010)</p>	<p>Syfte med denna studie var att beskriva äldre patienters upplevelser av sin vårdtid under en sjukhusvistelse på en medicinsk vårdavdelning. Problem: Befolkningen åldras över hela världen, och det finns en ökande förekomst av kroniska sjukdomar och komplexa förhållanden. Äldre människor löper större risk att få flera komplikationer än den övriga befolkningen, vilket leder till mer tid på sjukhus.</p>	<p>Kvalitativ ansats. Som skedde genom intervjuer.</p>	<p>Nio patienter på en medicinsk vårdavdelning deltog. Kriterier för deltagandet var en ålder över 65år, att förstå både tal och skrift för att kunna delta i intervjun, ha mer än två diagnoser och inskriven på en medicinsk vårdavdelning i minst 3 dagar.</p>	<p>Resultatet visade att tydlig information om sin vård, tillit till sjuksköterskan gjorde patienterna mer trygga och säkra under sin sjukhusvistelse samt gjorde att dem kunde delta och påverka sin egen vård och behandling.</p>	<p>Friberg (2012)</p>
<p>Engström, Å. & Söderberg, S. (2007).</p>	<p>Syftet med denna studie var att förtydliga vad det innebär för kritiskt sjuka att ha närstående kring sig på en intensivvårdsavdelning. Problem: Att vara kritiskt sjuk kan betyda svåra förändringar i livet. I tidigare studier ses det som en skrämmande upplevelse och närstående beskrivs som en viktig del i stödet i den svåra situationen.</p>	<p>Kvalitativ ansats som skedde genom narrativa intervjuer.</p>	<p>8 män och 2 kvinnor, mellan 22-73år deltog i studien och samtliga hade vårdats på intensivvårdsavdelningar i norra Sverige. Kriterierna var kritiskt sjuk och vårdad i respirator minst 24timmar samt att dem hade minst 1 närstående som besökte dem under deras sjukhusvistelse.</p>	<p>Resultatet visade att närstående användes som ett verktyg för patienten att kunna kommunicera, få styrka ökade möjligheten att kunna göra olika saker. Det beskrivs även en känsla av ensamhet och rädsla när deras närstående inte var i närheten. För att kunna känna sig trygga ville deltagarna att deras närstående skulle stanna hos dem.</p>	<p>Friberg (2012)</p>
<p>Karlsson, V. & Forsberg, A. (2008).</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka erfarenheter av att vara medveten under respiratorbehandling på en intensivvårdsavdelning</p>	<p>Kvalitativ ansats som skedde genom intervjuer.</p>	<p>Urvalet skedde strategiskt utefter kön, ålder och hur länge de vart kopplade till respirator, för att</p>	<p>Resultatet visade att beteende och bemötande samt förmågan att förstå patienternas aktuella liv från</p>	<p>Friberg (2012)</p>

	ur ett patientperspektiv. Problem: Under de senaste åren har det blivit vanligare med låg eller ingen sedering vid påbörjad respirationsbehandling hos patienter med andningspåverkan och det finns bristfällig information angående patientens upplevelse.		få stor spridning bland deltagarna som möjligt. 10 bjöds in för att delta men 2 avböjde. 4 kvinnor och 4 män, ålder mellan 21-81 år deltog.	vårdpersonal var avgörande.	
Karlsson, V., Lindahl, B., & Bergbom, I. (2012).	Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelse av kommunikation och hur patienter kommunicerar under mekanisk ventilation. Problem: Det är en ökande trend i Europa/Skandinavien att använda lätt sedering eller ingen sedering för patienter som är mekaniskt ventilerade så snart tillståndet tillåter. Omvårdnad av patienter som är medvetna under mekanisk ventilation är utmanande för att det sätter nya krav på innehållet i vården och hur man kommunicerar.	Kvalitativ ansats som skedde via videoinspelade intervjuer.	Deltagarna skulle ha MAAS-poäng mellan 3-4 under 18 timmar av deras ventilation. Ålder över 18år och möjlighet att tala och förstå svenska. Deltagarna var 4 kvinnor och 10 män med en ålder mellan 23-88år.	3 teman identifierades; ”omvårdnadsrelation”, ”få patienten att känna sig trygg” och ”hjälpa till kommunikation”.	Friberg (2012)
Kobleider, A., Mayer, H. and Senn, B. (2016)	Syfte var att undersöka kvinnors erfarenhet av att ha vulvar neoplasia som fick vård av specialistsjuksköterskor. Problem: Kvinnor som har vulvar neoplasia lider av flertal symtom och rapporterar att dem får bristande information och stöd från vården. Än så länge är kunskapen begränsad hur patienter med vulvar neoplasia	Kvalitativ ansats som skedde via narrativa intervjuer.	13 kvinnor med diagnostiserad vulvacancer som blivit kirurgiskt behandlande, var över 18år och fått vård av en specialistsjuksköterska i 6 mån deltog.	4 huvudteman identifierades; ”förtroendefull relation”, ”tillgänglighet”, ”känna sig trygg och säker” och ”känna att någon finns där för dig”. Kvinnor kände sig mer trygga och mindre ensamma i deras upplevelse av sjukdomen när	Friberg (2012)

	upplever stödet från en specialistsjuksköterska.			dem hade möjlighet till kontakt med specialistsjuksköterska.	
Kvåle, K. & Bondevik, M. (2010).	Syftet var att få insikt i varför och hur, ur ett patientperspektiv, sjuksköterskans kunskap om cancer bidrar till god omvårdnad. Problem: Att få cancer innebär psykiska och fysiska påfrestningar för patienten och att kunna känna sig trygg och säker är viktigt.	Kvalitativ ansats med bandade intervjuer.	På ett norskt sjukhus valdes 10 kvinnor och 10 män mellan 25-80år ut, samtliga inskrivna på en onkologiavdelning. 16 var palliativa med livsförlängande och hade symptomatisk behandling. För 4 stycken hade behandlingsbar diagnos och kunde bli botade.	Resultatet visade att patienterna tog det förgivet att det ingick i sjuksköterskans kompetens att ha kunskap och dess behandling. Möjlighet att kunna informera om behandlingen och dess bieffekter gjorde så att patienten kände sig säker och trygg och var orsaker till att kunskapen var viktig.	Friberg (2012)
Lasiter, S. (2011)	Syftet var att beskriva äldres uppfattning om att känna sig trygga på en intensivvårdsavdelning. Problem: Den äldre populationen av människor växer hela tiden. Det finns få studier som tar upp äldres behov utav trygghet under intensivvård.	Kvalitativa undersökningar. Som skedde genom intervjuer vid två olika tillfällen.	Åtta Engelsk talande från 65+ år deltog. Dessa hade inga tidigare erfarenheter av intensivvård. Urvalet skedde på två olika sjukhus under perioden Januari-juli 2008	Samspelet med sjuksköterskorna var avgörande för deras känsla av trygghet. Fyra huvudkategorier identifierades. Närhet, tillsyn, förutsägbarhet och initiativ.	Friberg (2012)
Lasiter, S. & Duffy, J. (2011)	Syftet med denna studie var att identifiera vad som påverkade de äldres erfarenheter av att känna sig trygga under en sjukhusvistelse och att identifiera skillnader mellan landsbygden och stadsmiljöer. Problem: Synen på vården och dess kvalitet är en	Kvalitativ ansats. Intervjuer gjordes med patienter på en akutvårdsavdelning.	Tjugo män och kvinnor från 65år som var inlagda på medicinkirurgiska avdelningar, en i stadsmiljö och i en landsbygdsmiljö. Deltagarna som valdes var inlagda på en	Patienterna kände sig trygga när sjuksköterskor erbjöd tillsyn, kontinuitet, gav vård med patienten i fokus och såg alltid till hans bästa.	Friberg (2012)

	unik och oberoende upplevelse för varje patient. Synen och uppfattning kan påverka hur patienten hanterar sin sjukdom.		akutvårdsavdelning, från två till sex dagar.		
Lovink, M. H., Kars M. C., de Man-van Ginkel J. M., & Schoonhoven, L. (2015).	Syftet var att undersöka upplevelsen av säkerhet hos vuxna patienter vid hemodialysbehandling. Problem: Hemodialys är en komplex behandling med risk för skada vilket orsakar oro för många patienter.	Kvalitativ ansats som skedde genom intervjuer.	12 patienter valdes ut, 5 män och 7 kvinnor i åldrarna 39-82år som har behandlats med hemodialys i mer än ett halvår från två dialysavdelningar i Nederländerna.	Resultatet visade att patienterna definierade säkerhet som att känna sig trygga från fysiska och känslomässiga hot.	Friberg (2012)
Sutton, E. J., Rolfe, D. E., Landry, M., Sternberg, L., & Price, J. A. (2012).	Syftet var att utforska av flersidiga upplevelser av trygghet i hjärtrehabiliteringsprogram som upplevs av kvinnor som var inskrivna i Cardiovascular Health Initiative i Toronto, Kanada. Problem: Kardiovaskulära är den största dödsorsaken hos kvinnor. Hjärtrehabilitering är bevisat effektivt, färre kvinnor än män deltar i tillgängliga rehabiliteringsprogram. Trygghet är en avgörande del för att kvinnorna ska delta i rehabiliteringsprogrammen. Omfattningen om hur trygghet bidrar till, deltagande i rehabiliteringsprogrammen, fullföljning och fortsatt träning. Är fortfarande utforskad i	Kvalitativ ansats som skedde via semistrukturerade intervjuer.	14 kvinnor, slumpmässigt utvalda från 6 olika hjärtrehabiliteringsprogram. 5 deltagare var yngre än 60år och 9 var över 60år.	Resultatet visade 3 teman. ”Trygghet” var första temat som delades in i subteman, psykisk, social och symbolisk trygghet. Tema 2 var ”sökning efter tillhörighet” och tema 3 var ”självförtroende och styrka”.	Friberg (2012)

	litteraturen om hjärtrehabilitering.				
--	--------------------------------------	--	--	--	--



Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99