



**SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSE AV ATT VÅRDA PATIENT
MED STROKE PÅ MEDICINSK VÅRDAVDELNING**

**NURSES' EXPERIENCE OF CARING FOR PATIENT
WITH STROKE ON A MEDICAL WARD**

Examinationsdatum: 2015-01-07
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs 42
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Författare: Annelie Arndtzen
Kevin Juneskans

Handledare: Britten Jansson
Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Stroke drabbar cirka 30 000 svenskar varje år och hälften avlider direkt eller får svåra funktionsnedsättningar. En person som insjuknat i stroke kräver snabbt och korrekt omhändertagande för att minska risken för bestående funktionsnedsättningar. På strokeenheter ska det finnas ett multidisciplinärt team som bör vara specialiserade inom strokevård och som kan tillgodose patientens behov. Sjuksköterskan som arbetar med patienter som insjuknat i stroke behöver ha kompetens och förståelse för att kunna tillfredsställa patientens omvårdnadsbehov.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelser och erfarenheter av att vårda patienter med stroke på annan medicinsk vårdavdelning än strokeenhet.

Metod

En kvalitativ intervjustudie med sju semistrukturerade intervjuer genomfördes och innehållet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Sjuksköterskorna upplevde att deras kunskap om strokevård var tillräcklig hos patienter med lätta strokesymtom men att vården blev bristande när patienterna hade allvarliga symtom som krävde mer specialiserad omvårdnad. Brister inom det multidisciplinära teamet upplevde sjuksköterskorna var tillgången på paramedicinare. Särskilt uttalad var bristen på logoped, vilket orsakade försenade logopedbedömningar och rädsla för att orsaka aspirationspneumoni. Sjuksköterskorna beskrev att patienter med allvarliga strokesymtom i större utsträckning fick plats på strokeenheten och de med lindriga strokesymtom kunde placeras på annan medicinsk vårdavdelning. I de flesta situationer var sjuksköterskornas kompetens därmed tillräcklig.

Slutsats

Sjuksköterskorna på de medicinska vårdavdelningarna efterlyser ytterligare kunskap om stroke och ett mer organiserat multidisciplinärt team. Hos patienter med lindriga strokesymtom räcker kunskapen hos en allmänsjuksköterska till, men bristerna blir påtagliga när patienterna har svårare strokesymtom. De medicinska vårdavdelningarna bör därför begränsas till vilken nivå av strokevård de erbjuder.

Nyckelord: Erfarenhet, medicinsk vårdavdelning, sjuksköterskor, stroke, strokeenhet, upplevelse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Fysiologi vid insjuknande i stroke	1
Prognos vid insjuknande i stroke	1
Sjuksköterskans kompetensområde inom strokevård	2
Det multidisciplinära stroketeamet	2
Strokeenhetens syfte	3
Överbeläggning och utlokalisering av patient	4
Strokeenhet i jämförelse med annan vårdavdelning	4
Sjuksköterskans erfarenheter av att vårda patient på strokeenhet.	5
Problemformulering	5
SYFTE	5
METOD	5
Val av metod	5
Urval	6
Genomförande	6
Dataanalys	7
Trovärdighet	8
Forskningsetiska överväganden	9
RESULTAT	10
Kunskap	10
Resurser	12
Kommunikation	13
Vårdkvalité	14
DISKUSSION	14
Resultatdiskussion	14
Metoddiskussion	17
Slutsats	18
Förslag på fortsatta studier	18
Klinisk relevans	19
REFERENSER	20
BILAGOR A-D	I-VI

BAKGRUND

Stroke, eller slaganfall som det kallas i vardagsspråk, är den tredje vanligaste dödsorsaken i Europa (Schön & Svensson, 2013). Årligen drabbas cirka 30 000 personer av stroke i Sverige. Hälften av de som insjuknar avlider eller får svåra funktionsnedsättningar (Hjärt-lungfonden, 2014). Under begreppet stroke ingår både hjärninfarkt och hjärnblödning. Symtomen som uppträder är likartade oavsett om det är en infarkt eller blödning personen drabbas av (Schön & Svensson, 2013) men beroende på vilka kärl i hjärnan som påverkas uppträder olika symtom. Vid insjuknandet i stroke krävs snabbt och korrekt omhändertagande för att minska risken för bestående skador (Wergeland, Ryen & Odengaard-Olsen, 2011). Studier visar att patienter som får ett snabbt omhändertagande samt läggs in på strokeenheter har en lägre mortalitet, snabbare tillfriskande och positivare erfarenheter av vården (Glader, Stegmayr, Johansson, Hulter-Åsberg & Wester, 2001; Asplund, m.fl., 2009). Trots detta vårdas nio procent av alla patienter med stroke i Sverige på en annan avdelning än strokeenhet (Riks-stroke, 2014).

Fysiologi vid insjuknande i stroke

Hjärncellerna har inget eget energiförråd utan är beroende av kontinuerlig tillförsel av syre och energi ifrån omkringliggande blodkärl. Om något av dessa kärl täpps till eller inte har något genomflöde påverkas cellerna i hjärnan nästan direkt och symtomen uppstår omedelbart. Är cirkulationssvikten uttalad under en längre tid tar cellerna skada och så småningom dör de (Wergeland m.fl., 2011). Skadan vid en blödning drabbar oftast ett mer utbrett område i hjärnan och inte enbart det försörjningsområde som drabbas av syre och näringsbrist (Schön & Svensson, 2013). Även de omkringliggande hjärncellerna till det drabbade området påverkas av cirkulationssvikten. Till en början får dessa hjärnceller en nedsatt funktion, vilket innebär att de har för lite energi för att kunna skicka impulser, men de kan räddas om patienten erhåller rätt behandling. Gör inte det tillräckligt snabbt så dör även dessa celler (Wergeland m.fl., 2011).

En person som insjuknar i stroke får olika symtom beroende på vilken del av hjärnan som blir utan syre och energi. Vanliga symtom är talsvårigheter, känselbortfall, yrsel, svår huvudvärk och motoriska bortfall. Allvarligare symtom kan vara fallande blodtryck, nedsatt medvetande och koma (Wergeland m.fl., 2011). För vissa patienter blir symtomen så allvarliga att de inte kommer överleva någon längre tid. Socialstyrelsen (2009a) rekommenderar, för sådana tillfällen, alla avdelningar som vårdar patienter med stroke att ha skriftliga riktlinjer om hur och när livsuppehållande behandling ska avslutas.

Prognos vid insjuknande i stroke

Prognosen vid akutinsjuknande i stroke är förhållandevis god tack vare moderna behandlingsmetoder. Behandlingsmetoderna är tidsbegränsade, vilket innebär att resultatet av behandling beror på hur länge de drabbade hjärncellerna varit utan syre och energi. Trots behandling behöver därför många patienter leva med en eller flera funktionsnedsättningar en längre tid eller hela livet (Wergeland m.fl., 2011).

Funktionsnedsättningarna leder till en förändrad livssituation och ett ökat behov av stöd och vård, där patienten är i behov av hjälp med sina aktiviteter i det dagliga livet [ADL]. Många patienter kräver även fortsatt rehabilitering efter utskrivning från stroke-enheten. Den förändrade livssituationen påverkar såväl patient som närstående (Wergeland m.fl., 2011).

Sjuksköterskans kompetensområde inom strokevård

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska enligt Socialstyrelsen (2009b) arbeta kunskapsbaserat och ändamålsenligt samt utgå ifrån beprövad erfarenhet och vården ska på bästa möjliga sätt bemöta alla patienters individuella behov. Vården som ges ska utformas och genomföras i samråd med patienten så långt som möjligt och varje patient har rätt till sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård (Svensk författningssamling [SFS], 2010:659, kap. 6, 1 §). Målet med omvårdnad bör vara att återställa, bevara och förbättra patientens hälsa samt förebygga ohälsa och sjukdom. Kvalitén på omvårdnaden bör prioriteras inom strokevården eftersom detta påverkar patientens hälsa och resultat på lång sikt (Socialstyrelsen, 2009a). I sin yrkesroll har sjuksköterskan ett eget ansvar för att den vård som utförs är kunskapsbaserad och att genom sitt yrkesverksamma liv behålla sin yrkeskompetens (International Council of Nurses [ICN], 2005).

Stroke kan orsaka olika typer av funktionsnedsättningar och sjuksköterskan behöver ha kompetens och förståelse för vilken vård patienterna behöver samt vilka omvårdnadsbehov som måste tillfredsställas. Beroende på om patientens hjärnskador är små eller stora, kan de antingen behöva lätt handräckning eller fullständigt stöd i sin primära ADL. Sjuksköterskan kommer finnas i patientens närhet dygnet runt och måste stötta patienten till att själv vara aktiv och medansvarig i sin behandling, då det är avgörande för patientens tillfrisknande. För att patientens vård ska vara så god som möjligt krävs det att sjuksköterskan kan observera och värdera patientens vitalparametrar (Wergeland m.fl., 2011). Sjuksköterskan bör även i sin omvårdnadskompetens kunna uppskatta och samarbeta med andra vårdprofessioner, då andra professioners inblandning i behandlingen och rehabiliteringen är gynnsam för patientens tillfrisknande (Kerr, 2012).

Det multidisciplinära stroketeamet

Då stroke är ett tillstånd som innebär stora svårigheter och utmaningar för patienten krävs det olika yrkesinriktningars inblandning för att behandling, rehabilitering och omvårdnad ska bli så effektiv som möjligt. På en strokeenhet finns ett multidisciplinärt team bestående av olika yrkeskategorier, såsom läkare, sjuksköterska och undersköterska, samt ett paramedicinskt team bestående av sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och logoped. Det bör även finnas tillgång till dietist och psykolog eller psykiater. Personalen som har hand om patienten med stroke bör vara specialiserad inom strokevård och strokerehabilitering samt ha möjlighet till fortsatt utbildning inom området (Wester, 2012).

Sjuksköterskans roll och funktion i det multidisciplinära stroke teamet

Sjuksköterskan har fyra funktioner i omvårdnaden av strokepatienter enligt Kirkevold (1997; 2010); en förklarande funktion, en stödjande funktion, en integrerande funktion och en bevarande funktion. Syftet med dessa funktioner är att vägleda och stödja patienten och de närstående genom de olika vårdprocesserna, för att visa på syftet med behandlingen och för att hjälpa patienten att hålla hoppet uppe under behandling och rehabilitering.

Long, Kneafsey, Ryan och Berry (2002) beskriver sjuksköterskans roll i det multidisciplinära teamet enligt sex områden:

- Bedömning; sjuksköterskan utför riskbedömning och tillämpar förebyggande åtgärder för att förebygga komplikation som kan påverka rehabiliteringen.
- Koordination och kommunikation; sjuksköterskan koordinerar de olika rehabiliteringsåtgärderna som är aktuella för patienten samt kommunicerar med övriga deltagare i det multidisciplinära teamet.
- Teknisk och fysisk omvårdnad; administrering av läkemedel, nutrition och personlig hygien.
- Integrering och fortsatt rehabilitering; sjuksköterskan stödjer patienten i olika träningsmoment samt integrerar rehabiliteringen och nyvunna färdigheter i patientens vardag.
- Emotionellt stöd; stödja patienten genom att finna coping-strategier samt att förklara och uppmuntra.
- Involvera närstående; informera, stödja samt fungera som en kontaktperson.

Dessa områden är inte specifika för strokevården, men är ändå applicerbara för sjuksköterskor som erbjuder strokevård. Områdena är en del av sjuksköterskans komplexa och varierande arbetsuppgifter inom strokevård, som till stor del även består av en samordnad rehabiliterings- och utskrivningsplanering. Sjuksköterskan ska ha förmåga och kunskap att erbjuda en holistisk vård som gynnar utskrivningsprocessen för patienten (Kerr, 2012). Enligt Burton (2000) och Low (2003) är sjuksköterskans goda kontakt med patienten gynnande för de andra teammedlemmarnas praktiska arbete. Dels genom att sjuksköterskan arbetar tillräckligt nära patienten för att observera och bedöma framstegen som görs, men även genom att den goda kontakten sjuksköterskan har stärker de andra professionernas kontakt med patienten.

Strokeenhetens syfte

Patienter som inkommer till sjukhus med sannolika symtom på akut stroke ska läggas in akut och enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård (2009a) bör hälso- och sjukvården vårda dessa patienter på en strokeenhet. Att patienterna vårdas på en avdelning med ett multidisciplinärt team som är specialiserade inom strokesjukvård är förknippat med minskad risk för mortalitet, ökad aktivitetsnivå och minskat behov av institutionsboende (Socialstyrelsen, 2009a). Av de 72 sjukhus som är kopplade till det svenska stroke-registret så är det endast ett som inte har en strokeenhet (Riks-stroke, 2014). Sjukhusen har infört strokeenhet för att förbättra vården för de personer som insjuknat i stroke (Wergeland m.fl., 2011) men fortfarande är det cirka nio procent som får vård på annan medicinsk vårdavdelning än en strokeenhet (Riks-stroke, 2014). Enligt Ko och Sheppard (2006) är anledningen till att vissa patienter vårdas på annan medicinsk vårdavdelning relaterat till begränsade antal platser på strokeenheten.

Överbeläggning och utlokalisering av patient

Vid behov av ökat antal vårdplatser kan överbeläggning eller utlokalisering av patient bli aktuellt. Socialstyrelsen (2012) definierar begreppet överbeläggning som en vårdplats som tillfälligt skapas för inskriven patient och vårdplatsen finns normalt sett inte till förfogande. Vårdplatsen har fortfarande tillräcklig utrustning, bemanning och uppfyller kraven för patientsäkerhet och arbetsmiljö. Utlokalisering av patienter innebär att en vårdavdelning väljer att flytta en patient till en annan vårdavdelning som inte har den ursprungliga avdelningens kompetens. Dock behåller den ursprungliga avdelningen det medicinska ansvaret för patienten.

Överbeläggning eller utlokalisering av patienter medför enligt Socialstyrelsen (2012) en äventyrad patientsäkerhet men även ökad risk för vårdskador, såsom försenad eller otillräcklig behandling och medicinering, ökad dödlighet vid vissa sjukdomstillstånd, mindre nöjdhet hos patienter och personal samt bristande kommunikation.

Strokeenhet i jämförelse med annan vårdavdelning

I en studie gjord av Glader m.fl. (2001) fanns ett flertal skillnader mellan de patienter som vårdats på en strokeenhet och de som vårdats på annan medicinsk vårdavdelning. Patienter vårdade på strokeenhet hade efter tre månader lägre mortalitet, ökad självständighet och fler levde i samma hem som innan insjuknandet. Dessa skillnader var applicerbara för patienter som inte hade något behov av ADL-stöd innan insjuknandet. De fann även att patienterna som inte vårdats på en strokeenhet i större utsträckning hade drabbats av smärta efter sitt insjuknande. Även Asplund m.fl. (2009) fann skillnader i sin studie, vilken gällde tillfredsställelse av strokevården. Vid tillfrågan tre månader efter insjuknade i stroke svarade 90 procent av patienterna att de var nöjda med den strokevård de erhållit. Studien visade dock att en större andel av patienter som var missnöjda med sin strokevård hade vårdats på en annan medicinsk vårdavdelning än en strokeenhet.

Ko och Sheppard (2006) fann i sin studie skillnader i mortalitet och antalet inneliggande dagar mellan en strokeenhet och en medicinsk vårdavdelning. Strokeenheterna hade en genomsnittlig vårdtid på 37 dagar jämfört med medicinavdelningens 69 dagar. Efter 28 dagar hade 17,2 procent av de stokedrabbade patienterna på en medicinavdelning avlidit, medan antalet avlidna på strokeenheterna endast var 3,3 procent. Glader m.fl. (2001) fann att två år efter insjuknandet i stroke hade flera av de som vårdats på en annan medicinsk vårdavdelning än strokeenhet avlidit och resterande patienter hade en fortsatt ökad mortalitet.

Cadilhac m.fl. (2004) skriver att skillnaderna mellan strokeenhet och andra vårdavdelningar skulle kunna bero på ökad entusiasm till strokevård och djupare kunskap hos personalen på strokeenheterna. Andra tänkbara orsaker kan enligt Ko och Sheppard (2006) vara att strokeenheterna använder sig av tidig mobilisering och rehabilitering tack vare en bättre organisation på enheten.

Tidig mobilisering och rehabilitering tillsammans med ökat preventivt arbete kan tala för minskade komplikationer hos patienterna. Fler tänkbara anledningar till varför strokeenheterna hade ett bättre resultat kan vara att patienterna och deras närstående engagerades i vården och utbildades i sjukdomen, samt att patienterna involverades i sin egen vård och situation. Oberoende om patienterna behandlats på strokeenhet eller på en annan medicinavdelning var den medicinska behandlingen densamma, men ändå har patienter som vårdats på en strokeenhet, procentuellt sett, ett bättre utfall (Ko och Sheppard, 2006).

Sjuksköterskans erfarenheter av att vårda patient på strokeenhet.

s och Wilkins (2008) fann i sin studie sex huvudteman för hur sjuksköterskor upplevde att vårda patienter med stroke på strokeenhet. Sjuksköterskorna upplevde tillfredsställelse av att vårda patienter med stroke och de beskrev även sin roll som betydelsefull för patienternas rehabilitering. Många fann det dock ansträngande att låta patienter kämpa med att utföra dagliga aktiviteter. Känslan av brist på resurser och tid upplevdes ogynnsam för patienternas rehabilitering. Det stora huvudtemat i studien beskrevs som att patienter, närstående och andra professioner inte uppskattade sjuksköterskornas insatser och ansträngningar. Trots detta hade sjuksköterskorna en positiv inställning till att fortsätta ge omvårdnad till patienterna. Barreca och Wilkins (2008) slår även fast att den relation som sjuksköterskorna bildade med patienter, närstående och andra gruppmedlemmar var grundläggande för arbetet inom omvårdnaden samt vikten av att skapa arbetsglädje för sjuksköterskorna, vilka utgör den största gruppen av vårdpersonal i patientens rehabilitering.

Problemformulering

Glader m.fl. (2001) och Ko och Sheppard (2006) visar i sina studier tydlig data på att patienter som vårdas på en strokeenhet har en ökad överlevnad jämfört med de som vårdats på annan medicinsk vårdavdelning. Strokeenheterna har även en positiv effekt på patienternas tillfrisknande efter insjuknandet i stroke. Asplund m.fl. (2009) menar att patienter som vårdas på strokeenhet upplever större tillfredsställelse i den vård de erhållit. Författarna till föreliggande studie har inte funnit några studier om hur sjuksköterskor upplever att vårda patienter med stroke på annan medicinsk vårdavdelning, vilket motiverar till genomförande av studien.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelser och erfarenheter av att vårda patienter med stroke på annan medicinsk vårdavdelning än strokeenhet.

METOD

Val av metod

Vald metod var empirisk studie med kvalitativ ansats. Denna metod syftar enligt Henricson och Billhult (2012) till att studera individers verkliga erfarenheter och upplevelser av fenomen. Denna metod lämpar sig bäst för studiens syfte vilket var att studera sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter.

Författarna valde att använda sig av kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Vid semistrukturerad intervjumetodik tillämpas enligt Danielson (2012a) öppna frågor som formulerats i en intervjuguide. Med hjälp av intervjuguiden kan forskaren strama upp intervjun för att få fram väsentlig data. Frågorna behöver dock inte ställas utifrån intervjuguidens ordning utan kan anpassas efter de svar som framkommer.

Urval

Urvalet vid studien utfördes utifrån att de som intervjuas hade olika upplevelser och erfarenheter av ett visst fenomen, det vill säga en heterogen grupp med olika kunskaper och erfarenheter. Urvalsmetoden för studien var ändamålsenligt urval. Personerna som intervjuades valdes utifrån förbestämda kriterier vilket ökade chanserna att de som kunde besvara syftet deltog i studien, vilket enligt Henricson och Billhult (2012) är ett ändamålsenligt urval.

Urvalskriterier

Inklusionskriterier för deltagande var: legitimerad sjuksköterska med minst två års arbetslivserfarenhet, då detta enligt Benner (1982) gör att sjuksköterskan är kompetent istället för novis. Andra inklusionskriterier var tjänstgöring på medicinsk vårdavdelning, erfarenhet av att på en medicinsk vårdavdelning vårdat en patient som nyligen insjuknat i stroke samt vårdat patient med stroke det senaste året. Dessa kriterier valdes med hänsyn till studiens syfte, eftersom författarna ansåg att sjuksköterskor med dessa kriterier hade aktuell kunskap om ämnet. Exklusionskriterier för deltagande var tjänstgöring på strokeenhet eller att sjuksköterskorna inte hade någon erfarenhet av att vårda patienter med stroke.

Undersökningsgrupp

Intervjuerna genomfördes på ett större sjukhus i mellersta Sverige. Sjuksköterskorna som deltog i studien var verksamma på tre olika medicinska vårdavdelningar. De var mellan 23 och 42 år och hade mellan två och tio års arbetslivserfarenhet varav ett till tio år på nuvarande avdelning. Sjukhuset i studien tillämpade både överbeläggning och utlokalisering av patienter vid platsbrist. Istället för begreppet utlokalisering använde sjukhuset begreppet satellitpatient.

Genomförande

Rekrytering

I enlighet med Danielson (2012a) författades ett informationsbrev (Bilaga A) som sändes till tre verksamhetschefer på ett sjukhus i mellersta Sverige. Samtycke erhöles att utföra intervjuer på tre olika medicinska vårdavdelningar, samtliga med varierande specialinriktning. Ett ytterligare informationsbrev (Bilaga B) skickades till berörda chefsjuksköterskor för varje vårdavdelning.

Samtliga chefsjuksköterskor var positiva till att studien utfördes och erbjöd sig förmedla kontakt med sjuksköterskor på respektive avdelning. Sju sjuksköterskor på de tre medicinska vårdavdelningarna visade intresse för att delta i studien. Sjuksköterskorna valde själva ut tider för intervjuerna och chefsjuksköterskorna förmedlade datum och tid till författarna.

Intervjuguide

Författarna använde sig av en intervjuguide som innehöll sex öppna frågor med underliggande stödord och stödfrågor (Bilaga C). När frågorna togs fram genomgick de en utvecklingsprocess där de diskuterades mellan författarna för att säkerställa att de svarade mot studiens syfte. Intervjuguiden ska enligt Danielson (2012a) innehålla stödord och stödfrågor för att belysa områden som inte nämnts av deltagarna och för att få ytterligare information om intressanta ämnen som tas upp. Polit och Beck (2012) menar att det är lämpligt att använda öppna frågor med stödord då det tillåter deltagarna att fritt berätta om sina erfarenheter och upplevelser.

Pilotintervju

Pilotintervjun utfördes i enlighet med Danielson (2012a) för att säkerställa att frågorna besvarade syftet, att det tänkta upplägget med intervjuguiden var tydligt och fungerande samt för att se att den planerade tiden var korrekt. Efter att pilotintervjun genomförts utfördes en revidering av intervjuguiden. Författarna lade till en fråga som gav deltagarna möjlighet att lyfta fram något som de själva upplevde som viktigt. Pilotintervjun valdes att inkluderas i resultatet eftersom den tillagda frågan besvarades under intervjun.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer med sju sjuksköterskor, varav en pilotintervju. Intervjuer bokades in mellan första september och fjärde september 2014 och genomfördes på sjuksköterskornas arbetsplats i ett rum där det kunde ske ostört, vilket stöds av Danielson (2012a). Intervjuerna spelades in med ljudupptagningsenhet vilket sjuksköterskorna gav samtycke till och intervjutiden varierade mellan 21 och 37 minuter.

Dataanalys och databearbetning

Författarna använde sig av en manifest innehållsanalys med induktiv ansats. Manifest innehållsanalys innebär enligt Danielson (2012a) att ingen djupare tolkning görs av intervjuerna. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) beskriver att induktiv ansats innebär att analysen inte utgår från en förbestämd teori, utan slutsatser dras utifrån det som framkommer i resultatet.

Transkriberingen påbörjades direkt efter avslutad intervju, vilket författarna valde eftersom intervjun då fortfarande fanns färskt i minnet. Transkriberingen genomfördes av den författare som utfört intervjun.

Intervjuerna transkriberades ordagrant till talspråk, inkluderat pauser, skratt och betoningar, vilket Danielson (2012a) rekommenderar för att alla nyanser ska framgå i texten. De transkriberade intervjuerna lästes upprepade gånger av båda författarna för att säkerställa att inget av det sagda förbisetts. Vid analys användes begreppen meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori och kategori. Författarna lyfte meningsenheter som kunde besvara studiens syfte. De kondenserades och erhöll därefter en kod. Koderna kategoriserades i underkategorier och delades sedan i kategorier. Under kategoriseringsprocessen höll forskarna en ständig diskussion för att säkerställa att båda var överens om att de valda kategorierna överensstämde med syftet. Efter första kategoriseringen fanns totalt 12 underkategorier och åtta kategorier, dessa kategorier hade liknande innebörd och kunde efter ytterligare genomgång minskas till åtta underkategorier och fyra kategorier. Exempel på analysprocessen ses i Tabell 1. Dataanalysen skedde enligt Lundman och Hällgren Graneheims (2012) rekommendationer för kvalitativ innehållsanalys. De menar att den kvalitativa innehållsanalysen lämpar sig vid en objektiv analys av deltagares berättelser och upplevelser, där det manifesta budskapet kan sammanbindas och bilda kategorier och underkategorier.

Tabell 1. Exempel på innehållsanalys från meningsenhet till kategori.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Vi har inte logopeders på samma sätt som de som hör ihop med vår strokeenhet har, vilket gör att det tar längre tid innan vi får hit en logoped som kan sväljbedömma.	Vi saknar logopeders till skillnad från strokeenheten, vilket leder till att det tar längre tid innan sväljbedömning utförs.	Logopedbedömning	Teamet	Resurser
Det jag tycker fungerar bra är att vi har tydliga paresscheman och tydliga riktlinjer som vi vet hur vi ska följa.	Fungerar bra med tydliga paresscheman och riktlinjer.	Paresschema	Rutiner och verktyg	

Trovärdighet

Samtliga intervjuer utfördes med samma intervjuguide och spelades in med hjälp av ljudupptagningsenhet. Intervjuerna transkriberades av den författare som intervjuade sjuksköterskan och analysen skedde sedan gemensamt, vilket enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) stärker studiens tillförlitlighet. Tillförlitlighet syftar enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) till att minska risken för att data ska kunna tolkas på olika sätt.

Med giltighet avses enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) hur sanningsenligt resultatet är jämfört med studiens syfte. Författarna till föreliggande studie valde att presentera resultatet med citat då Danielson (2012b) menar att citat bör användas för att stärka giltigheten i resultatet. Under forskningsprocessen har handledare och kurskamrater löpande granskat studiens metod och resultat samt granskat kategorier och underkategorier för att se att de överensstämmer med innehållet, vilket Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar stärker studiens giltighet. Urvalsgruppen i studien hade variation avseende deltagarnas ålder och yrkeserfarenhet vilket är nödvändigt i kvalitativa studier eftersom olika erfarenheter och upplevelser ska belysas. Att ha strategier för urvalsgruppen höjer enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) giltigheten och därmed trovärdigheten.

Överförbarhet innebär enligt Polit och Beck (2012) huruvida resultatet är överförbart på andra undersökningsgrupper och situationer. Författarna har under metodavsnittet noggrant och utförligt beskrivit samt motiverat tillvägagångssättet för studien, inkluderat urval, datainsamling och analys, vilket enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) underlättar bedömningen om studiens överförbarhet.

Författarna har valt att kritisera studien under diskussionsavsnittet då detta enligt Danielson (2012b) stärker trovärdigheten av resultatet. Vidare beskriver Danielson (2012b) att syftet med en hög trovärdighet och kvalitet är att andra forskare ska kunna ta forskningen vidare.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik härstammar från de allmänna etiska principerna som följer och påverkar hela forskningsprocessen från början till slut. Enligt Kjellström (2012) handlar forskningsetik vid examensarbeten om att deltagarna inte ska utnyttjas eller ta skada, vilket även stöds av ICN (2005).

Författarna tog i hela studien hänsyn till den forskningsetik som råder och utgick ifrån de enligt Vetenskapsrådet (2002) grundläggande huvudkraven inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning: informerat samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav.

Informerat samtycke

Författarna inhämtade tillstånd från ansvariga verksamhetschefer via e-post. Berörda verksamhetschefer fick ett informationsbrev med grundläggande information om studiens bakgrund, syfte och metod. Samtliga deltagare informerades om möjligheten att när som helst kunna dra sig ur studien utan vidare förklaring. De erhöll både skriftlig och muntlig information samt undertecknade ett skriftligt samtycke (Bilaga D). De forskningsetiska principerna följde Helgessons (2006) riktlinjer där informerat samtycke medför att deltagaren informeras och forskaren försäkras om att deltagaren förstår informationen innan han eller hon beslutar sig för att delta i studien. Således värnar det informerade samtycket om individens integritet och autonomi.

Konfidentialitet

Konfidentialitet handlar enligt Kjellström (2012) om att skydda deltagarna från att känsliga uppgifter och personuppgifter hamnar i obehöriga händer. Intervjuer och kontaktuppgifter förvarades på privata lösenordskyddade datorer som enbart författarna hade tillgång till. Samtliga transkriberingar oidentifierades för att minska risken att innehållet kunde kopplas samman med deltagarna. Efter avslutad transkribering raderades ljudfilerna från intervjutillfällena. Detta stöds av Kjellström (2012) som menar att konfidentialitet består av två delar; förvaring av data så att den inte kan spridas till obehöriga samt att resultatet inte redovisas på ett sådant sätt att det kan kopplas till en enskild deltagare. Citat presenterades i resultatet och de omformulerades från talspråk till skriftspråk utan att innebörden förändrades. Enligt Trost (2010) är det lämpligt då ordagrann citering kan avslöja sjuksköterskornas identitet och få dem att skämmas över sina uttryckssätt.

Nyttjandekrav

Den information som samlades in i studien användes enbart för studiens syfte och författarna säkerställde att uppgifter om deltagarna inte användes för icke-vetenskapliga syften. I likhet med konfidentialitetskravet så handlar nyttjandekravet om att uppgifter om deltagarna inte ska hamna i obehöriga händer och enligt Vetenskapsrådet (2002) får dessa uppgifter endast användas för vetenskapligt bruk och inte spridas till exempelvis myndigheter eller företag som kan utnyttja det och orsaka skada för deltagarna.

RESULTAT

Studiens resultat har presenterats utifrån åtta underkategorier och fyra kategorier som framkom under innehållsanalysen; Kunskap, resurser, kommunikation och vårdkvalité. Representativa citat redovisades i samband med de olika kategorierna och skrevs med kursiv text och indrag.

Kunskap

Sjuksköterskorna var eniga om att kunskap var en av de största faktorerna som påverkade deras vård till patienter med stroke, både i förhållningssättet och i det praktiska genomförandet. De lyfte fram sin egna otillräckliga och tillräckliga kunskap men även hur de uppfattade att kunskap påverkade de andra professionerna som arbetade runt patienterna.

Tillräcklig kunskap hos sjuksköterskorna

Sjuksköterskorna menade att patienter med lindriga strokesymtom som placerades på den medicinska vårdavdelningen inte krävde lika mycket specialistkompetens. Den kompetens en allmänsjuksköterska hade ansågs i de flesta fall vara tillräcklig för att kunna ge en god vård.

”Om det är en patient som man inte skulle göra så mycket med förutom att koppla in sjukgymnast, vilket också är lätt att göra, så känner jag att jag gör det jag kan, och det jag kan är ungefär samma som de på strokeenheten kan”.

Vidare upplevde sjuksköterskorna att de patientfall där de kände sig nöjda med den vård de utfört var hos patienter med lindriga strokesymtom. Det var även hos dessa patienter som sjuksköterskorna upplever att den vård de gav var av tillräckligt god kvalitet.

Otillräcklig kunskap hos sjuksköterskorna

Sjuksköterskorna uttryckte en brist eller otillräcklighet avseende kompetens och kunskap de besatt och menade att en ökad kunskap skulle öka möjligheten till att ge en bättre vård till patienterna som insjuknat i stroke.

”Det är att man inte har tillräcklig kompetens om detta helt enkelt, eftersom jag inte har jobbat på en strokeavdelning så har jag inte den utbildning som kanske skulle behövas”.

Vidare uttryckte de att omvårdnad som var en självklarhet inom strokevården fördröjs eftersom de behövde söka kunskap och råd från sina kollegor. Sjuksköterskorna upplevde att den kunskap de hade om kontroller och undersökningar inte var tillräcklig och att de då inte blev korrekt utförda. Detta ledde till att de upplevde rädsla för att patienterna skulle försämrans eller att de på något sätt skulle göra patienterna sjukare.

”Det är väl mer att det ska bli värre på något sätt, att deras symtom inte ska gå tillbaka eller att man gör något fel som gör att patienterna blir ännu sämre”.

En sjuksköterska menade att det inte var någon som hade gått igenom med henne hur alla kontroller skulle tas, vilket påverkade patientens vård.

Ibland hände det att patienter med lättare strokesymtom plötsligt försämrades, eller att patienter med svåra symtom blev placerade på den medicinska vårdavdelningen. Detta ledde till att sjuksköterskorna behövde ge vård som var utöver deras kompetens.

”Om vi nu har en riktig stroke som har massa förlamningar och handikapp så krävs det kanske mycket jobb som skulle behövas göras och där känner jag att vi kanske inte är jätteduktiga”.

Trots att många patienter med stroke vårdades på medicinska vårdavdelningar som inte var strokeinriktade upplevde sjuksköterskorna inte att företeelsen var tillräckligt kontinuerlig för att deras erfarenhet skulle öka. En ökad erfarenhet skulle enligt sjuksköterskorna bidra till en djupare kunskap om ämnet. Den otillräckliga erfarenheten av att vårda patienter med stroke gjorde att vården blev bristfällig.

Otillräcklig kunskap hos andra professioner

Sjuksköterskorna nämnde att det inte enbart var de som blev påverkade av den otillräckliga kunskapen, utan att det även gällde andra professioner på vårdavdelningen.

”Sjukgymnasten som kommer till oss är ju vanligtvis inte på stroke, så att just den där erfarenheten av att arbeta med strokepatienter varje dag, det blir ju bristande där också”.

Resurser

Teamet, rutiner och verktyg var områden som sjuksköterskorna nämnde som resurser. De beskrev vidare hur dessa resurser påverkade dem i den strokevård de utförde.

Teamet

Patienter med allvarliga strokesymtom kräver specifik omvårdnad och rehabilitering, något som enligt sjuksköterskorna inte blev tillgodosett på den medicinska vårdavdelningen. Orsaken till detta ansågs vara att avdelningen inte hade samma resurser avseende paramedicinska professioner och patienterna fick inte samma nära kontakt med exempelvis sjukgymnast.

”Bara för att vi har strokepatienter här får vi ju inte mer timmar gällande sjukgymnast, arbetsterapeut och logoped, utan vi har ju en sjukgymnast som kommer ett visst antal timmar varje dag och de timmarna ska ju räcka till alla patienter”.

”Man tycker att de behöver mer specialistvård, mer snabbt få träffa andra paramedicinare såsom logoped och sjukgymnast”.

Samtliga sjuksköterskor var överens om att den största resursbristen var tillgången på logoped. Bland annat upplevde de att det var onödigt komplicerat att få kontakt med en logoped då läkaren var tvungen att skriva remiss och det inte bara var att kontakta logopeden. Det tog sedan lång tid innan logopedbedömning utfördes, vilket kunde bero på att logopeden prioriterade arbetet på sin egen avdelning först. En fördröjd logopedbedömning ledde i sin tur till att patienten fick vänta med dryck, mat och läkemedel per oralt.

Samtliga sjuksköterskor ansåg att en tidig logopedbedömning skulle vara att föredra då de ansåg att det tog för lång tid. De upplevde en lättnad när en logopedbedömning väl utfördes och uppskattade när de fick direktiv om exempelvis patientens sväljförmåga. Sjuksköterskorna uttryckte en rädsla för att orsaka aspirationspneumoni, en risk som fanns om patientens sväljförmåga inte var kartlagd.

”Man prövar med en egen sväljbedömning och i värsta fall känner man att det finns en risk för att patienten får en aspirationspneumoni för att man har provat, och det är väldigt olyckligt”.

Rutiner och verktyg

Promemoria [PM] och paresscheman ansågs av sjuksköterskorna som en stärkande resurs i vården av patienterna som insjuknat i stroke. Paresschemat upplevdes ge en känsla av säkerhet och trygghet för samtliga sjuksköterskor, då det förelåg rutiner att samtliga patienter med stroke skulle få ett paresschema upprättat. De uttryckte att de skulle vilja ha tydligare instruktioner för hur paresschemat ska fyllas i.

”Så länge vi följer paresschemat vet man vad man ska utgå ifrån och då ser man ganska snabbt om det är något som skulle avvika, och det känns ändå ganska tryggt och bra”.

Sjuksköterskorna beskrev rutinerna för patientplacering som en sorts sorteringsprocess, där patienter som inkom till akutmottagningen med strokesymtom sorterades vid inläggning och placeras på en avdelning som ansågs kunna tillgodose deras vårdbehov. De patienter som hade allvarliga symtom prioriterades till att få en plats på strokeenheten, medan de med mindre symtom kunde komma att placeras på en annan medicinsk vårdavdelning. Samtliga sjuksköterskor var överens om att dessa rutiner var fungerande, då de patienter som placeras på deras avdelning oftast hade lindriga strokesymtom och sjuksköterskorna kunde tillgodose deras behov.

”Vi får ju inte dom som är jättesjuka i sin stroke, vilket kanske tyder på att man kanske har sorterat rätt då, vilka som får läggas på fel avdelning och vilka som ska till strokeavdelningen på en gång”.

Kommunikation

Sjuksköterskorna beskrev hur olika inläggningsmetoder påverkade deras kommunikation med läkare som vårdade patienter med stroke. De uppgav att det fanns en skillnad om patienten var satellitpatient eller om de lades in direkt på vårdavdelningen. Sjuksköterskorna tog även upp hur bristande erfarenhet påverkade informationen de gav till patienten och dess närstående.

Satellitpatient

Lades patienten in som satellit från strokeenheten hade strokeenhetens läkare det medicinska ansvaret för patienten. Vid inläggning av satellitpatienter ansåg sjuksköterskorna att kommunikationen med den ansvariga läkaren på strokeenheten var bristande. Den största bristen ansågs vara att komma i kontakt med läkaren samt att få läkaren till avdelningen för att träffa patienten.

Direkt inläggning

Om patienten lades in direkt på den medicinska vårdavdelningen innebar det att patientens ansvariga läkare var avdelningen egna. Sjuksköterskorna ansåg att det är en bättre metod för inläggning. Den patientansvariga läkaren kunde då vid behov ta kontakt med en strokekonsult vilket ansågs fungera bättre än om patienten var en satellitpatient.

Sjuksköterskorna upplevde att deras kommunikation med strokekonsulten inte var optimal då de själva inte hade kontakt med strokekonsulten, utan patientens vårdplan förmedlades via avdelningens läkare. Detta resulterade i att en del av informationen från strokekonsulten försvann på vägen.

”Det blir en mellanhand att strokekonsulten pratar med vår läkare och våra läkare pratar med oss och då gäller det att man har en bra kommunikation så att det inte förloras där, för så är det ibland att det tappas bort lite på vägen”.

Patient- och närståendekommunikation

Sjuksköterskorna nämnde att de upplevde att de inte kunde ge samma innehållsrika information till patienterna och närstående som de på strokeenheten kunde. Då de inte hade den erfarenheten av att vårda patienter med stroke saknade de samma djupa kunskap om sjukdomens förlopp.

”Just den här informationen kring stroke och vad som händer efter den är svår att ge av en allmänsyn på en vanlig avdelningen tycker jag”.

Vårdkvalité

Sjuksköterskorna jämförde skillnaderna mellan strokeenheten och den medicinska vårdavdelningen. De menade att den vård de gav på den medicinska vårdavdelningen inte kunde motsvara den vård strokeenheten erbjöd avseende kvalité.

Samtliga sjuksköterskor var överens om att patienter som insjuknade i stroke borde placeras på en strokeenhet istället för andra medicinska vårdavdelningar, då de annars inte fick det optimala omhändertagandet. Dessa patienter behövde genomgå många olika undersökningar och tester, vilka normalt inte gjordes på den medicinska vårdavdelningen. Sjuksköterskorna upplevde det ovanligt och ibland även svårt att utföra dessa. De uttryckte att patienterna hade fått en bättre vård om de hade placerats på en strokeenhet på en gång.

”Jag är helt övertygad om att det bästa är om patienterna hamnar på rätt instans ifrån början”.

Sjuksköterskorna menade även att det var viktigt att patienten snarast möjligt flyttades till strokeenheten om de väl hade blivit placerade på en annan typ av medicinsk vårdavdelning. Det var där patienterna kunde få den optimala vård och rehabilitering de behövde. Vidare beskrev sjuksköterskorna att patienterna ändå förflyttades från den medicinska vårdavdelningen relativt snabbt och att utskrivning skedde ifrån strokeenheten, vilket sjuksköterskorna upplevde som positivt.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Ett av huvudfynden var att sjuksköterskorna upplevde bristande tillgång på resurser som ett stort hinder i den strokevård de utförde på de medicinska vårdavdelningarna. Ko och Sheppard (2006) beskriver i sin studie att strokeenheterna har en bättre organisation samt tillämpar tidig mobilisering och rehabilitering, vilket stödjer upplevelsorna hos sjuksköterskorna i föreliggande studie. Sjuksköterskorna upplevde att det framför allt var svårt att få en logopedbedömning inom rimlig tid. Den bristande tillgången på logoped resulterade i att patienterna fick vänta med basala behov, så som att äta och dricka. Sjuksköterskorna uttryckte även att den försenade logopedbedömningen resulterade i att de var oroliga för att ge patienterna aspirationspneumoni. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård (2009a) beskrivs målet med omvårdnad delvis handla om att förebygga ohälsa och sjukdom. Sjuksköterskorna behöver ibland frångå dessa riktlinjer, då tillgången på logoped inte bara fördröjer patientens vård utan även ökar risken för vårdskador.

Long m.fl. (2002) tydliggör i sin studie att sjuksköterskan ska arbeta förebyggande och förhindra komplikationer som kan påverka rehabiliteringen.

Sjuksköterskorna beskrev även tillgången på sjukgymnast som otillräcklig eftersom de medicinska vårdavdelningarna inte hade samma resurser som strokeenheten.

Sjuksköterskorna ansåg att de bristande resurserna var ogynnsamma för patienternas rehabilitering och tillfrisknande, vilket även sjuksköterskor på strokeenheter i Barreca och Wilkins (2008) studie gjorde.

Sjuksköterskorna i studien upplevde att andra professioner i det multidisciplinära teamet blev påverkade av sin otillräckliga kunskap. Författarna anser att en förklaring skulle kunna vara att företeelsen av att vårda strokepatienter inte är tillräckligt kontinuerlig för att öka deras kunskap, då sjuksköterskorna beskrev det som en anledning till att de hade otillräcklig kunskap. Vidare ansåg sjuksköterskorna att tiden som paramedicinarna hade avsatt för att vara på avdelningen var otillräcklig och att patienterna med stroke därmed inte fick den mobilisering och rehabilitering de behövde. Sjuksköterskorna upplevde att strokeenheten hade ett bättre utfall avseende sina patienter, vilket skulle kunna bero på att strokeenheten har tillgång till paramedicinare i den utsträckning deras patienter behöver. Detta stöds av Ko och Sheppards (2006) studie som visar att strokeenheternas väl utformade teamorganisation är en förklaring till varför de har ett bättre utfall.

I intervjuerna framkom att sjuksköterskorna uppskattade rutinen för upprättandet av paresschema, men upplevde att de saknade kunskap för hur paresschemat skulle fyllas i samt vilka vitalparametrar som var viktiga att följa. Wergeland m.fl. (2011) menar att sjuksköterskorna ska kunna observera och tolka patientens vitalparametrar för att vården ska vara så god som möjligt, vilket blir bristande då sjuksköterskorna upplevde att de inte hade en tillräcklig kunskap för att kunna utföra det. I intervjuerna framkom även att sjuksköterskorna inte upplevde att de fått tillräckliga instruktioner och information om hur exempelvis olika kontroller ska genomföras.

I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2005) beskrivs det att sjuksköterskorna själva har ett ansvar att införskaffa sig ny kunskap som påverkar yrkesutövningen. Samtidigt bör även ledningen inneha ett visst ansvar för hur lärande och vidareutbildning möjliggörs på arbetsplatsen. Lärande och vidareutbildning inom strokevård är enligt Wester (2012) något som personal på strokeenheten har tillgång till, vilket inte fanns tillgängligt för sjuksköterskorna på den medicinska vårdavdelningen.

Samtliga sjuksköterskor i studien ansåg sig ha tillräcklig kunskap för att vårda patienter med lindriga strokesymtom eftersom de ansåg att den allmänkompetens de besatt var tillräcklig. De uttryckte däremot att de begränsades av sin otillräckliga kunskap när de vårdade patienter med svårare strokesymtom. Cadilhac m.fl. (2004) visade i sin studie att sjuksköterskor på medicinska vårdavdelningar inte besatt samma djupa kunskap gällande strokevård som de på strokeenheterna. Detta skulle kunna förklara varför sjuksköterskorna i föreliggande studie upplevde strokevården som bristande och otillräcklig samt varför de kände sig begränsade när de vårdade patienter med svårare strokesymtom.

Kommunikation med patienter och närstående var något som sjuksköterskorna tog upp under intervjuerna. De upplevde att kommunikationen med närstående och patienter inte var optimal då deras kunskaper om stroke var begränsade. De ansåg att sjuksköterskorna på strokeenheten hade en djupare kunskap och erfarenhet av att vårda patienter som insjuknat i stroke. De sjuksköterskorna hade därför lättare att informera patienter och närstående om omständigheterna kring att få en stroke. Ko och Sheppard (2006) visar i sin studie att en av anledningarna till varför strokeenheterna har bättre utfall skulle kunna bero på att patienter och närstående engageras och utbildas i sjukdomen på ett sätt som de inte gör på andra vårdavdelningar. Long m.fl. (2002) beskriver att sjuksköterskan har en förklarande och stödjande funktion, vilket sjuksköterskorna i föreliggande studie upplevde inte blev tillgodosett i strokevården på de medicinska vårdavdelningarna. Sjuksköterskornas upplevelse av otillräcklig kunskap är viktig att uppmärksamma då det tycks resultera i flera konsekvenser, inte enbart i patientens vård, utan även i kommunikation och information till patient och närstående.

Sjuksköterskorna beskrev direktinläggning som ett bättre alternativ än tillämpning av satellitpatienter då satellitpatienter medförde svårigheter att komma i kontakt med den patientansvariga läkaren. Socialstyrelsen (2012) presenterade i sin rapport att tillämpandet av satellitpatienter bland annat kan medföra bristfällig kommunikation, vilket skulle kunna stödja sjuksköterskornas erfarenheter av den bristande läkarkontakten. Vidare ansåg sjuksköterskorna att det var positivt att patienterna förflyttades till strokeenheten inom rimlig tid och vården på medicinska vårdavdelningar inte resulterade i långa vårdtider. Författarna finner detta intressant då Ko och Sheppard (2006) menar en skillnad mellan strokeenheten och andra medicinska vårdavdelningar är att vårdtiden vid medicinska vårdavdelningar är avsevärt längre. Dock bör åtanke läggas vid att deras studie inte utförts i Sverige.

Sjuksköterskorna ansåg att patienter som placerades på deras avdelning överlag var inom ramen för deras kunskap. Det är positivt att sjuksköterskorna känner sig tillräckliga i de flesta fallen men det kan vara nödvändigt att avgränsa den sortering som utförs vid akutmottagningen för att sjuksköterskorna inte ska känna sig osäkra i sin arbetsmiljö. Osäkerhet i arbetsmiljön är något som Socialstyrelsens rapport (2012) visar att utlokalisering av patient kan resultera i.

Samtliga sjuksköterskor uppgav i intervjuerna att de ansåg att patienter med stroke borde vårdas på en strokeenhet istället för en annan medicinsk vårdavdelning. De var överens om att den vård de själva gav inte kunde motsvara den som patienterna fick av stroketeamet och att kvalitén inte var densamma. Asplund m.fl. (2009) fann i sin studie att patienter med stroke som vårdats på en medicinsk vårdavdelning var mer missnöjda med vården och Glader m.fl. (2001) fann att det var en skillnad i mortalitet, självständighet och huruvida patienterna bodde i sina egna hem efter stroke. Dessa studier styrker sjuksköterskornas åsikter i föreliggande studie om att patienternas vård har högre kvalitet om de vårdas på en strokeenhet.

Metoddiskussion

Valet av metod ansågs lämpligt då studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet och upplevelse av ett fenomen. Henricson och Billhult (2012) menar att denna metod lämpar sig bäst när syftet med studien är att studera individers verkliga erfarenheter av ett fenomen. En kvantitativ metod skulle inte ha lämpat sig då studiens syfte inte var att samla in mätbara variabler utan att skapa förståelse för individers upplevelser och erfarenheter.

I urvalet av deltagare tillämpades inte något urval gällande språkkunskap och kön. Författarna ansåg att urvalskriterier med krav på goda kunskaper inom det svenska språket inte var lämpligt, då begreppet goda kunskaper är en tolkningsfråga. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver att språket är en viktig del i intervjuerna för att deltagarna ska förstå frågorna och kunna uttrycka sig. Författarna i föreliggande studie ansåg att en sjuksköterska som tjänstgör på ett svenskt sjukhus bör kunna förstå och göra sig förstådd i det svenska språket och därför var detta inte ett av inklusionskriterierna. Författarna uppmärksammade under intervjuerna att sjuksköterskor med längre erfarenhet gav tydligare och mer innehållsrika beskrivningar. Benner (1982) beskriver i sin artikel att sjuksköterskor som varit yrkesverksamma mer än två år anses vara kompetenta och författarna till föreliggande studie valde därför att tillämpa ett kriterium om minst två års yrkeserfarenhet. I efterhand skulle kriteriet kunna stramats åt ytterligare, med krav på längre yrkeserfarenhet än två år, för att höja kvalitén på deltagarnas svar.

Det ansågs lämpligt att chefsjuksköterskorna rekryterade sjuksköterskor till studien och gav förslag på tidpunkter för intervjuerna, då studien borde anpassas utifrån sjuksköterskornas och verksamheternas möjlighet att delta. Författarna var medvetna om att det som deltagare kan upplevas mindre frivilligt att delta i studien när förfrågan kommer ifrån en person i chefsposition, på grund av den maktbalans som råder mellan chef och medarbetare. Under intervjuerna upplevde författarna att samtliga sjuksköterskor deltog frivilligt eftersom de var positivt inställda till studien och gav innehållsrika svar.

Datainsamlingen i denna studie utfördes genom semistrukturerade intervjuer. En intervjuguide utformades inför intervjuerna och anpassades utifrån den kunskap författarna inhämtat om ämnesområdet, vilket Trost (2010) menar är en självklarhet för att frågorna ska vara relevanta utifrån syftet. Frågornas ordning anpassades och omformulerades utifrån de svar deltagarna gav. I en del intervjuer uteslöts vissa frågor helt eftersom deltagarna redan besvarat dem under en annan fråga.

Intervjuerna genomfördes på sjuksköterskornas arbetsplats, vilket ansågs såg vara en fördel då deltagarna befann sig i en för dem trygg miljö. Det fanns dock en risk att sjuksköterskorna skulle uppleva distraktion från kollegor eller händelser på arbetsplatsen, vilket enligt Trost (2010) är viktigt att ha i åtanke vid valet av intervjuplats, då detta kan påverka trovärdigheten av datan.

Författarna utförde intervjuerna i olika lokaler och hade innan intervjuerna inte tillgång till dem, vilket Danielsson (2012a) menar kan vara negativt då det är bra att ha samma intervjuplats eller att ha tillgång till platsen innan intervjun startar för att kunna förbereda lokalen och prova teknisk utrustning.

Båda författare deltog i samtliga intervjuer men en av dem intog positionen som intervjuledare. Att vara två intervjuare kan enligt Trost (2010) orsaka att deltagarna känner sig i underläge men samtidigt kan det, om intervjuerna är samspelade, göra att intervjun blir av bättre kvalitet då mängden information de besitter tillsammans är större än var för sig. Författarna upplevde inte att deltagarna kände sig underlägsna och upplevde det som en fördel att båda deltog i intervjuerna eftersom det minskade risken för att intressant data förbisågs.

Innan intervjuerna studerades tidigare forskning som tydde på att strokevård på medicinska vårdavdelningar medförde negativa konsekvenser för patienten. Under intervjuerna upplevde författarna ibland att de i förväg kunde förutsäga vad sjuksköterskorna skulle säga, vilket kallas förförståelse. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) kan detta vara både en tillgång och en brist i en studie, då det kan färga analysprocessen och studieresultatet. Författarna till föreliggande studie uppmärksammade tidigt att förförståelsen skulle kunna påverka resultatet i studien. För att förhindra att det inträffade diskuterade och strävade båda författarna efter att presentera både negativa och positiva upplevelser och erfarenheter i resultatet.

När intervjuerna utförts uppmärksammades att ett flertal av sjuksköterskornas svar hade samma innebörd. Mättnad upplevdes i datamängden och fler intervjuer ansågs inte kunna tillföra någon ytterligare data. Polit och Beck (2012) beskriver att mättnad är när data som samlas in repeterar tidigare information och insamling av data ska pågå tills mättnad har uppnåtts. Vidare anser Polit och Beck (2012) att mättnad i datamängd stärker studiens trovärdighet.

Då studien baserats på ett fåtal sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser kan resultatet inte anses vara överförbart. Studiens resultat kan heller inte appliceras nationellt eller internationellt då studien enbart utförts på ett sjukhus. Vidare anser författarna att studiens resultat inte är överförbart då en kvalitativ studie till skillnad från en kvantitativ studie inte presenterar mätbar data som går att generalisera. Att en kvalitativ studie inte är överförbar styrks av Kvale och Brinkmann (2009) som anser att kvalitativa studier inte nödvändigtvis behöver generaliseras då de till skillnad från kvantitativa studier inte producerar en absolut sanning.

Slutsats

I intervjuerna framkommer det att sjuksköterskor som tjänstgör på medicinska vårdavdelningar och i sitt arbete möter patienter som insjuknat i stroke efterlyser ytterligare kunskap och ett mer organiserat multidisciplinärt team. Hos patienter med lindriga strokesymtom anses den kunskap en allmänsjuksköterska besitter tillräcklig, men hos patienter med svåra strokesymtom blir bristerna påtagliga. Inläggning av satellitpatienter bör undvikas då detta försämrar möjligheten till en god läkarkontakt.

Förslag på fortsatta studier

Författarna anser att fortsatta studier inom samma område men med kvantitativ design skulle vara av värde. Detta skulle möjliggöra ett mer överförbart resultat samt visa på vilka områden som brister och hur de kan åtgärdas. Vidare upplever författarna att studier om erfarenhet och upplevelser hos det paramedicinska teamet skulle kunna öka inblicken i strokevården på de medicinska vårdavdelningarna.

Klinisk relevans

Författarna har en förhoppning om att studiens resultat ska kunna bidra till att de medicinska vårdavdelningarna anpassar vilka patienter som blir inlagda. Att som sjuksköterska vårda patienter som insjuknat i stroke kräver såväl kunskap som erfarenhet och räcker inte dessa till påverkas vårdkvalitén och patientsäkerheten. Då det inte enbart var sjuksköterskorna som påverkades av den bristande kunskapen så hoppas författarna att denna studie är av värde för samtliga professioner inom det multidisciplinära teamet.

Resultatet påvisar att utlokalisering av patient är en inläggningsmetod som försämrar vården. Författarna hoppas att studien ska kunna påverka vårdpolitiska beslut i antalet tillgängliga vårdplatser, då bristen på vårdplatser påverkar såväl patient som personal.

REFERENSER

Asplund, A., Jonsson, F., Eriksson, M., Stegmayr, B., Appelros, P., Norrving, B., Terént, A., & Hulter-Åsberg, K. (2009). Patient Dissatisfaction With Acute Stroke Care. *Journal Of The American Heart Association*, 40, 3851-3856. doi: 10.1161/STROKEAHA.109.561985

Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American journal of nursing*, 82(3), 402-407.

Barreca, S., & Wilkins, S. (2008) Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit. *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 36–44. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04648.x

Burton, C.R. (2000). A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 174-181.

Cadilhac, D., Ibrahim, J., Pearce, D., Ogden, K., McNeill, J., Davis, S., & Donnan, G. (2004). Multicenter Comparison of Processes of Care Between Stroke Units and Conventional Care Wards in Australia. *American Heart Association*, 35, 1035-1040. doi: 10.1161/01.STR.0000125709.17337.5d

Danielson., E. (2012a). Kvalitativ forskningsintervju. M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 163-173). Lund: Studentlitteratur AB

Danielson., E. (2012b). Kvalitativ Innehållsanalys. M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 329-342). Lund: Studentlitteratur AB

Glader, E.L., Stegmayr, B., Johansson, L., Hulter-Åsberg, K., & Wester, P-O. (2001). Differences in Long-Term Outcome Between Patients Treated in Stroke Units and in General Wards: A 2-Year Follow-Up of Stroke Patients in Sweden. *Journal Of The American Heart Association*, 32, 2124-2130. doi: 10.1161/hs0901.095724

Henricson, M., & Billhult, A., (2012). Kvalitativ design. M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 129-137). Lund: Studentlitteratur AB.

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hjärt- lungfonden. (2014). *Stroke (hjärnblödning, slaganfall)*. Hämtad 28 april, 2014 från Hjärt-Lungfonden, <http://hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Stroke/>

International Council of Nursing. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev.utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från: <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>

- Kerr, P. (2012). Stroke rehabilitation and discharge planning. *Nursing standard*, 27(1), 35-39.
- Kirkevold, M. (1997). The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: toward a unified theoretical perspective. *Advances in Nursing Science*, 19(4), 55-64.
- Kirkevold, M. (2010). The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: an extended theoretical account. *Advances In Nursing Science*, 33(1), E27-40. doi:10.1097/ANS.0b013e3181cd837f
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 69-90). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.
- Ko, K. F., Sheppard, L. (2006). The contribution of a comprehensive stroke unit to the outcome of Chinese stroke patients. *Singapore Med J*, 47(3), 208-212.
- Long, AF., Kneafsey, R., Ryan, J., Berry, J. (2002). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 70-78. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02059.x
- Low, G. (2003). Developing the nurse's role in rehabilitation. *Nursing standard*, 17(45), 33-38.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. uppl, ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur AV.
- Polit, D. F., & Beck C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9. Uppl.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Riks-stroke. (2014). *Årsrapport 2013*. Umeå: Riks-stroke. Hämtad från: <http://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2014/07/Riksstroke-akutstrokerapport-version-18-2-juli.pdf>
- Schön, F., & Svensson, L. (2013). Neurologiska Sjukdomar: Cerebrovaskulära sjukdomar - CVS. N. Grefberg (Red.). *Medicinboken: Orsak, Symtom, Diagnostik, Behandling*. (5. uppl, ss. 558-669). Stockholm: Liber AB
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen. (2009a). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17790/2009-11-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2009b). *Nationella indikatorer för God vård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2012). *Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter: Slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18861/2012-11-3.pdf>

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm : Vetenskapsrådet

Wergeland, A., Ryen, S., & Odengaard-Olsen T. G. (2011). Omvårdnad vid stroke. H. Almås (Red.), *Klinisk Omvårdnad: Del 2* (2. uppl, ss. 259-282). Stockholm: Liber AB

Wester, P. (2012). Cerebrovaskulära Sjukdomar. S. Lindgren, A. Engström-Laurent, K. Karason, E. Tiensuu-Janson (Red.), *Medicin*. (ss. 41-69)
Lund: Studentlitteratur AB.

Informationsbrev till verksamhetschef

Stockholm XXXXX

Till verksamhetschef

XXXXXXXXXX

XXXX- XXXX

Vi heter Annelie Arndtzén och Kevin Juneskans. Vi är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5. Vi ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng och området som ska studeras berör sjuksköterskans erfarenheter och upplevelser av att vårda en patient som drabbats av stroke (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra arbetet vid vårdavdelningarna för _____

Om Du godkänner att studien genomförs vid vårdavdelningarna för _____ är vi tacksamma om du styrker detta genom att besvara detta mail med ett skriftligt godkännande. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid vårdavdelningarna för _____ är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

Annelie Arndtzén

070- XXX XX XX

Students telefonnummer

XXX.XXX@stud.shh.se

Students E-postadress

postadress

Kevin Juneskans

072- XXX XX XX

Students telefonnummer

XXX.XXX@stud.shh.se

Students E-

Britten Jansson

Handledare

XXX.XXX@sophiahemmethogskola.se

Handledares email-adress

Sammanfattning av studiens upplägg och innehåll

Sjuksköterskans upplevelse av att vårda patient med stroke på medicinsk vårdavdelning.

Socialstyrelsen presenterade år 2009 riktlinjer för hur och var personer som drabbas av stroke bör vårdas. Rekommendationerna är att dessa patienter ska vårdas på en strokeenhet, där ett stroke-team finns tillgängligt. Trots detta så placeras en del av dessa patienter på andra avdelningar. Den vanligaste orsaken till att patienter inte vårdas på en strokeenhet är platsbrist. Studier har visat att det finns skillnader i resultatet av vården, beroende på om patienten vårdas på en strokeenhet eller annan vårdavdelning. Idag saknas data om hur sjuksköterskor, på annan vårdavdelning än strokeenhet, upplever det att vårda patienter som drabbats av stroke.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans upplevelser och erfarenheter av att vårda patienter med stroke på en annan vårdavdelning än en strokeenhet.

Studien är av kvalitativ metod, där vi kommer att träffa sjuksköterskorna vid vårdavdelningarna för _____ och intervjua dem.

Arbetet pågår i åtta veckor, mellan vecka 34 och 41. Exakt vilka veckor vi kommer utföra intervjuerna kommer vi att meddela.

Jag godkänner härmed att Annelie Arndtzén och Kevin Juneskans får utföra studien ”Sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter som drabbats av stroke, när de vårdas på en annan avdelning än en strokeenhet” på vårdavdelningarna för _____ under tidsperioden augusti-september 2014.

Ort, datum

Namn, Verksamhetschef

Förfrågan om deltagande

Vi heter Annelie Arndtzén och Kevin Juneskans är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5 som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med stroke på annan avdelning än strokeenhet. Vi är därför intresserade av att få genomföra intervjuer med sjuksköterskor som väljs utifrån följande kriterier:

- Legitimerad sjuksköterska med minst 2 års arbetslivserfarenhet.
- Tjänstgöring på medicinsk vårdavdelning.
- Vårdat patient med stroke senaste året på medicinsk vårdavdelning.

Enligt socialstyrelsens riktlinjer för strokevård bör alla patienter som drabbas av stroke vårdas på en strokeenhet. Studier visar att patienter som vårdas på strokeenhet har en lägre mortalitet, skyndsammare rehabilitering, större möjligheter att återgå till sin vardag samt positivare erfarenheter av sjukvården.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans upplevelser och erfarenheter av att vårda patienter med stroke på en annan medicinsk vårdavdelning än strokeenhet.

Studien är av kvalitativ metod, där vi kommer att träffa sjuksköterskorna vid medicinska vårdavdelningar för att intervjua dem. En intervju tar mellan 30 – 45 minuter. Vi uppskattar om intervjun kan hållas i ett avskilt rum.

Studien kommer att följa Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration. Deltagande är frivilligt och deltagare kan närsomhelst utan vidare förklaring avbryta deltagandet i studien. Deltagarnas uppgifter och information kommer att hanteras konfidentiellt och studieresultatet kommer inte kunna kopplas samman med deltagarna. Medgivande ges skriftligt vid intervjutillfället.

Med vänliga hälsningar

Annelie Arndtzén

070- XXX XX XX

XXX.XXX@stud.shh.se

Kevin Juneskans

072- XXX XX XX

XXX.XXX@stud.shh.se

Handledare

Britten Jansson

XXX.XXX@sophiahemmethogskola.se

Intervjuguide

Syfte: Beskriva sjuksköterskan erfarenheter och upplevelser av att vårda patient med stroke på annan avdelning än en strokeenhet.

Inledande frågor:

Hur gammal är du?

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat på den här avdelningen?

Har du någon specialkompetens/tidigare arbetat med stroke patienter?

1. Vilka är dina erfarenheter av att vårda stokedrabbade patienter på din arbetsplats?

- *Vad upplevdes som svårt/icke fungerande? (obs värdeord)*
- *Vad upplevdes som lätt/fungerande? (obs värdeord)*

2. Hur upplever du avdelningens resurser för att vårda en stokedrabbad patient?

- Resurser:
 - Materiella
 - Personal (multidisciplinära teamet)
 - Kunskap

3. Har du erfarenheter av en situation där vårdprocessen var lyckad?

- Vårdprocessen = Patientens tid som inskriver
 - Ankomst/inskrivning
 - Omvårdnad
 - Läkarkontakt
 - Utskrivning
- Hur upplevde du samarbetet med det multidisciplinära teamet?
- Vad var det som gjorde vårdprocessen lyckad?

4. Har du erfarenheter av en situation där vårdprocessen var mindre lyckad?

- Vårdprocessen = Patientens tid som inskriver
 - Ankomst/inskrivning
 - Omvårdnad
 - Läkarkontakt
 - Utskrivning
- (Multidisciplinära teamet?)
- Vad var det som gjorde vårdprocessen mindre lyckad?

5. Vilka erfarenheter har du av de närstående till den stroke drabbade?

- Upplevde du:
 - Klagomål?
 - Uppskattning?
 - Tacksamhet?

6. Om du får lyfta fram något mer utifrån studiens syfte vad skulle du då vilja lyfta?

Skriftligt samtycke

Samtycke gällande studie med titel: **Sjuksköterskans upplevelse av att vårda patient med stroke på medicinsk vårdavdelning.**

Du tillfrågas härmed om du är villig att delta i en studie för att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att vårda patienter som drabbats av stroke på annan avdelning än strokeenhet.

Studien utförs av Annelie Arndtzén och Kevin Juneskans, båda är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet högskola. Tillförordnad handledare är Britten Jansson.

Vi garanterar att de uppgifter du lämnar till oss kommer att hanteras konfidentiellt och varsamt. Samt följa de forskningsetiska principer som nämnts tidigare.

Det inspelade ljudet kommer att transkriberas och därefter raderas, den transkriberande kopian kommer inte innehålla några personliga uppgifter om dig.

Med din namnteckning intygar du att:

- Jag har läst denna sida och fått mina frågor besvarade samt är nöjd med dessa svar.
- Jag förstår att mina uppgifter kommer hanteras konfidentiellt och varsamt. ljudfilen från inspelningen kommer att transkriberas och sedan raderas, den transkriberade kopian innehåller inga personliga uppgifter.
- Jag är även medveten om att jag när som helst kan kontakta forskarna och avbryta mitt deltagande utan vidare motivering.

Namnteckning

Namnförtydligande

Datum & Ort