



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
*Hälsa och samhälle*

# **VÅRDPERSONALENS UPP- LEVELSER KRING STÖD- JANDET AV STROKEPATI- ENTER**

EN KVALITATIV INTERVJUSTUDIE OM STÖD-  
JANDETS FUNKTION

BIRDIE JOHANNESSEN JONSSON

# **VÅRDPERSONALENS UPP- LEVELSER KRING STÖD- JANDET AV STROKEPATI- ENTER**

EN KVALITATIV INTERVJUSTUDIE OM STÖD-  
JANDETS FUNKTION

BIRDIE JOHANNESSEN JONSSON

Stroke är en världsomfattande sjukdom som orsakar många dödsfall men leder även till funktionsnedsättningar. Att drabbas av stroke innebär för de flesta att deras livskvalité försämras. Forskning visar att livskvalitén kan öka, genom stöd från den strokedrabbades omgivning, som består av anhöriga och vänner men inkluderar även vårdpersonalen. Syftet med studien är att få kunskap om hur vårdpersonalen inom akut och hemsjukvården upplever att de kan stödja strokepatienten samt vilken funktion stödandet kan ha. Till detta finns ett delsyfte angående någon specifik omvårdningsmodell som kan tänkas användas inom vården av strokepatienter. Studien genomfördes med en kvalitativ ansats där fyra respondenter inom vården svarade på semistrukturerade frågor angående studiens syfte tillika frågeställning. Genom att intervjua vårdpersonal ur olika yrkesroller knutna till strokesjukvården fanns en förhoppning om att kunna urskilja olikheter men även se likheter i deras arbetssätt samt uppgifter vilket kunde berika studien än mer. Resultatet visar att genom den inlärd kunskap som fanns hos respondenterna, tillsammans med de riktlinjer som finns, angående strokesjukvård så upplevde vårdpersonalen att de kunde stödja patienterna. Stödandet är kompatibelt med copingstrategier och empowerment, vilka förklarar patientens möjligheter att återfå kontrollen över sitt liv och att vara delaktig i sin rehabilitering. Delaktigheten innebär att patienten är med i vårdplaneringen innan utskrivning sker och där själva planeringen bidrar till att vårdkedjan hålls obruten, vilket anses vara en viktig komponent för patientens livskvalité.

Nyckelord: Delaktighet, Livskvalité, Stroke, Stödande

Johannesson Jonsson B. Vårdpersonalens upplevelser kring stödandet av strokepatienter. En kvalitativ studie om stödandets funktion. Examensarbete i Handikapp och Rehabiliteringsvetenskap 15 Hp Malmö Högskola: Hälsa och Samhälle 2009

# **HEALTH PERSONNEL EXPERIENCE SURROUNDING SUPPORT OF STROKEPATIENTS**

A QUALITATIVE INTERVIEWSTUDY ABOUT THE FUNCTION OF SUPPORT

BIRDIE JOHANNESSON JONSSON

Stroke is a world wide-spread disease that causes many deaths but also brings on disabilities. To be affected by stroke for most of the individuals means an impairment of their quality of life. Science reveals that quality of life can increase through support from their surroundings of relatives, family, friends and the health personnel. The purpose of this study is to find knowledge about if health personnel in both emergency – and home care service, feels that they can support the persons that suffered from stroke and trough support give the person their quality of life back. A partial purpose of the study was to find out if there are any guide lines for stroke medical care. The study was made by a qualitative approach where four respondents in the health personnel and home care answered a semi structured questionnaire. By including respondents from different professions involved in the stroke medical care there was an expectation to enrich the study to discern differences but also detect similarities in their way of working and assignments. The result indicate that through the learned skills within the respondents altogether with the guidelines for stroke medical care the health personnel experienced that they could support their patients. The support consist in strategies to cope and empowerment which allows the patient to regain the control of his or hers life as well as for taking part in the rehabilitation. The participation in planning the treatment before being discharged from hospital treatment and the planning itself contributes to the unbroken chain of care which is important for the stroke patient's quality of life.

Keywords: Coping, Participation, Stroke, Quality of life

Johannesson Jonsson B. Health personnel experience surrounding support of strokepatients. A qualitative interview study about the function of support..*Examinationswork in Handicap – and Rehabilitation scientist 15 Credit points.* Malmö University. Health and Society 2009.

# **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

<i>Inledning</i> .....	6
<i>Bakgrund</i> .....	6
<i>Stroke</i> .....	7
<i>Strokeenheten</i> .....	7
<i>Hemsjukvård</i> .....	8
<i>Omvårdnad</i> .....	8
<i>Nationella riktlinjer</i> .....	8
<i>Generell omvårdnad</i> .....	9
<i>Yrkesroller</i> .....	10
<i>Sjuksköterskerollen</i> .....	10
<i>Arbetsterapeutrollen</i> .....	11
<b>TIDIGARE FORSKNING</b> .....	12
<b>SYFTE/FRÅGESTÄLLNING</b> .....	13
<i>Syfte</i> .....	13
<i>Frågeställning</i> .....	13
<b>METOD</b> .....	13
<i>Urval</i> .....	14
<i>Intervjuerna/Tillvägångssätt</i> .....	14
<i>Data/tolkning</i> .....	15
<b>TEORETISKA REFERENSRAMAR</b> .....	15
<i>Coping</i> .....	16
<i>Copingstrategier</i> .....	16
<i>Empowerment</i> .....	16
<i>Livskvalité</i> .....	17
<i>Hälsorelaterad livskvalité</i> .....	17
<b>RESULTAT</b> .....	18
<i>Arbetsuppgifter</i> .....	18
<i>Meningsfullhet i arbetet</i> .....	19
<i>Stödandet</i> .....	20

<b>Nationella riktlinjerna.....</b>	<b>24</b>
<b>Framtidsvyer.....</b>	<b>25</b>
<b>Sammanfattande resultat .....</b>	<b>25</b>
<b>DISKUSSION.....</b>	<b>26</b>
<b>Resultatdiskussion .....</b>	<b>26</b>
<b>Metoddiskussion.....</b>	<b>30</b>
<b>Urvals diskussion .....</b>	<b>31</b>
<b>REFERENSFÖRTECKNING .....</b>	<b>32</b>
<b>BILAGOR.....</b>	<b>36</b>
<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>36</b>
<b>Bilaga 2.....</b>	<b>45</b>
<b>Bilaga 3.....</b>	<b>46</b>

## **INLEDNING**

Stroke är en världsomfattande sjukdom och är den tredje orsaken till dödsfall samt till många funktionsnedsättningar (Spanó, 2006). Genom en ständigt pågående medicinsk forskning världen över så reduceras både dödsfallen och funktionsnedsättningarna, enligt Hjärt- och lungfonden (2006). Forskning pågår även i ett patient och anhörig perspektiv, där strokepatienten och dess anhörigas upplevelser kring vård och omsorg samt försämrade livskvalité framförs (Carlsson, 2007a). Enligt Forchhammer (2000) kan livskvalitén förbättras vilket kan ske om vårdpersonalen använder sig av ett holistiskt perspektiv på patienten. Med ett holistiskt perspektiv menas att se till patientens sociala liv samt de uppkomna funktionsnedsättningarna, för att därefter ge en individuellt anpassad omvårdnad.

Mitt intresse för att utföra en fördjupad studie har sin grund från tidigare studier inom Handikapp och Rehabiliteringsvetenskap där sjukdomsbilden av stroke samt där ovanstående forskningar berördes. Den forskning som Carlsson (2007a) genomfört innehöll vårdpersonalens inverkan på livskvalitén genom stödjandet och omsorgen kring strokepatienten och anhöriga. I Carlssons (2007a) studie visade sig en viss avsaknad av ett helhetsperspektiv då vårdpersonalens upplevelser kring sitt arbete inte var inkluderat, vilket jag tycker är en viktig komponent kring patienten då vårdpersonalen utgör en viktig del i omvårdnaden och i stödjandet. Syftet är således att med denna studie få kunskap om vårdpersonalens egna upplevelser angående sitt arbete med strokepatienter och där frågor kring stödjandets inverkan på patienten fanns med i de semistrukturerade intervjuerna.

Utifrån författarens egna yrkeserfarenheter kring strokepatienter och som anhörig såväl som vän till stokedrabbade, finns en förförståelse kring omsorgsarbetet och de omvårdnadsmodeller som används. Genom de tidigare kunskaperna om vissa omvårdnadsmodeller så ökade nyfikenheten att även få kunskap om en eventuell specifik omvårdnadsmodell användes för strokesjukvård och om denna potentiella modell i så fall alltid kunde följas. Vilket är en delfråga i studien frågeställning och ingår i studiens syfte.

## **BAKGRUND**

Genom att informera läsaren av denna studie, om vad stroke är samt vad det kan innebära att insjukna i stroke så finns en förhoppning om att ge en informativ förklaring inför vårdpersonalens upplevelser kring sitt arbete och varför de utför sina uppgifter på ett speciellt sätt. Denna inblick bör därför, enligt författaren, även innefattas av de omvårdnadsmodeller som används av vårdpersonalen i denna studie, för att därefter framföras i en jämförande resultatdiskussion.

## **Stroke**

Att insjukna i stroke innebär att individen får en hjärnblödning eller en hjärninfarkt, som i sin tur kan innebära funktionsnedsättningar hos strokepatienten. Dessa funktionsnedsättningar kan ha många kännetecken såsom fysiska, psykiska och sociala. Man får inte glömma de dolda funktionshindren som kan uppstå, vilket innebär kognitiva försämringar, såsom försämrat minne, koncentrationssvårigheter och mental trötthet (Carlsson, 2007b). Att få försämrade funktioner innebär för de flesta individer att livskvalitén förändras utifrån den livsomställning som sker vid insjuknandet efter stroke (Carlsson, 2007a). Förbättring av livskvalité kan ske, då genom stöd från strokepatientens sociala nätverk, vilket oftast består av familj, vänner men även av den vårdpersonal som innefattas av akut – och hemsjukvård. Det sociala nätet har en stor betydelse i stödjandet för strokepatientens tillfrisknande enligt Carlsson (2007a). Stödjandets funktion kommer att framföras mer specifikt under uppsatsens utförande, då under rubriken *Resultat*.

## **Strokeenheten**

Efter en snabb diagnostisering samt medicinsk behandling påbörjas den initiala rehabiliteringen, vilket oftast sker på strokeenhet. Den initiala rehabiliteringen innebär för patienten att denne skall försöka sitta upp i sängen samt gå och stå så fort som det är möjligt efter insjuknandet. Initial rehabilitering har genom forskning påvisat reducering av funktionsnedsättningar och då den utövas av samtliga i de olika sjukvårdsteamerna ger det en bättre effekt enligt Terént (2007a) samt Hjärt - och lungfonden (2006).

Det team som möter upp på strokeenheten består av olika yrkesgrupper inom vården vilket oftast inbegrips av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, logopedier samt kuratorer. Denna typ av tvärvårdsverksamhet har en positiv inverkan på rehabiliteringen enligt Terént (2007b). Vilket beror på att många yrkesgruppers förvärvade kunskaper samt yrkeserfarenheter samlas för att bilda och ge en enhetlig behandling samt rehabilitering, för var enskild patient. Genom att detta samarbete sker och att göra strokepatienten samt dess anhöriga delaktiga i vårdandet så tas det holistiska perspektivet i anspråk. När det holistiska perspektivet nyttjas så kan utskrivning från stroke enheten tidigareläggas enligt Eriksson (1997).

Innan utskrivning utförs så sker en vårdplanering med ansvariga både från stroke enheten och hemsjukvården, där även patienten och dess anhörig görs delaktiga. I vårdplaneringen överförs information om de vårdbehov som behövs enligt vårdpersonalen, men där patientens önskemål om vård och omsorg också inkluderas i bedömningen om fortsatt vård. Då vårdplanering genomförs så hålls vårdkedjan obruten och vilket enligt Ericson och Ericson (2002) har en stor betydelse för patientens fortsatta rehabilitering och tillfrisknande.

Vårdkedjan i denna studie omfattar de institutioner som strokepatienten kommer i kontakt med under sin sjukdomstid, det vill säga strokeenheten, kommunal vård och omsorg samt vård – eller hälsocentralen.

### **Hemsjukvård**

Tanken är att vårdkedjan inbegrips av att sjuksköterskan inom hemsjukvården skall informera baspersonalen såsom undersköterskor och vårdbiträden om den omvårdnad och de medicinska åtgärder som behövs (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan skall även samordna de övriga som ingår i hemsjukvårdens team; arbetsterapeuten och sjukgymnasten. Dessa två yrkesgrupper skall därefter vidareförmedla sina kunskaper och sina perspektiv på vilka rehabiliteringsåtgärder som behövs i vart enskilt fall, så att baspersonalen kan ge den individuella omvårdnad som krävs.

### **Omvårdnad**

Omvårdande kan ses utifrån olika perspektiv om vad som kan anses vara en bra omvårdnadsmodell för patienten och där två av dessa omvårdnadsmodeller används av respondenterna i denna studie, det vill säga den generella omvårdnaden och omvårdnad enligt de nationella riktlinjerna för strokesjukvård. Eftersom dessa modeller finns och används så har författaren gjort den bedömningen att dessa skall framföras och förklaras för att ge en inblick i skillnaderna i behandling och omsorgsutövandet.

#### *Nationella riktlinjer*

Socialstyrelsens (*preliminära*) riktlinjer för stroke sjukvård, år 2009, skall genom sina rekommendationer vägleda vårdpersonalen, både inom akut- som hemsjukvård. De riktlinjer som ges är framtagna genom forskning men även genom ett frågeformulär som skickas ut till alla strokepatienter, 3 månader efter insjuknandet (Bilaga 1). Detta frågeformulär innehåller frågor som berör den vård och omsorg som patienten har kommit i kontakt med under sin sjukdomsvistelse på sjukhus samt inom hemsjukvården. En skattning av patientens livskvalité ingår i frågeställningen, den så kallade hälsorelaterade livskvalitén. Denna skattning görs enligt EQ-5D och kommer att förklaras närmare under egen rubrik (*se teoretisk referensram*).

Socialstyrelsens rekommendationer riktas till strokeenheten som så väl till hemsjukvården. Rekommendationerna skall i sin tur leda till att strokepatienten får den vård som krävs i vart enskilt fall oberoende om hon eller han vårdas inom kommun eller landsting och som även finns beskriven inom Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763 3 & 18§§). De rekommendationer som finns inom prioritering 1 i Socialstyrelsens (*preliminära*) riktlinjer för år 2009, innebär att prioritera prevention, de så kallade förebyggande åtgärderna .



Snabb diagnostisering, medicinsk behandling samt rehabilitering ingår i den initiala delen av rekommendationerna. Genom att använda sig av dessa rekommendationer samt nyttja tvärvårdverksamhet, har en positiv inverkan på patientens välbefinnande enligt de forskningar som Socialstyrelsens (2009) rekommendationer utgår från. Detta välbefinnande grundas i ett helhetsperspektiv genom den mångfald av yrkeskategorier som omger patienten, både inom akut och hemsjukvård, och där prioriteringar kan reducera funktionsnedsättningarna. Att använda sig av ett helhetsperspektiv kan i sin tur ge ökad livskvalité hos strokepatienten. Det gäller att en väl fungerande vårdkedja bevaras genom vårdplanering och som bör genomföras för att påverka strokepatientens framtida liv i en positiv riktning vilket även finns beskrivet inom Hälsa – och sjukvårdslagen (SFS 1987:763).

### *Generell omvårdnad*

Den generella omvårdnaden innebär att ge god behandling . Att ge god behandling innebär att ge vård och att ge vård är att ge omsorg, sköta om någon eller något (SAO, 2006). När god vård utförs så uppstår en relation mellan parterna och där den goda omvårdnaden består i det samspel som uppstår mellan vårdare- patient (Eriksson, 1997; Adolfsson, 2008). Relationen skall inte endast handla om biomedicinsk vård utan om att vårda helheten, så att hela patienten kan *botas* (Thorsén, 1997; Arman & Rhenfeldt, 2006). Holm (2001) påpekar att ge bra vård innebär att vårda den sjuke med utgångspunkt från ett holistiskt perspektiv och som också poängteras i Hälsa – och sjukvårdslagen (SFS 1982; 763). Att vårda utifrån ett holistiskt perspektiv innebär att man i vårdandet ser till hela patienten och där de sociala, psykiska och fysiska faktorer som påverkar densamme och dennes livsvärld skall inkluderas i den individuella vården (Holm, 2001; Eriksson, 1997).

För att vården skall bli så bra som möjligt för patienten bör vårdaren, enligt Holm (2001) bemöta patienten med respekt och empati. Att vara empatisk är att ha förmågan att leva sig in i patientens liv och även känna av dennes känslor för därefter kunna stödja och stötta patienten på ett bra sätt, menar Holm (2001). Ett gott bemötande och vara medmänsklig är något som vårdpersonalen bör sträva mot för att en god omvårdnad skall ske enligt ovan nämnd författare. Om rehabiliteringen skall ha en positiv utgång krävs att patienten har konfronterats med sin sjukdom och funnit en viss acceptans för denna och de funktionsnedsättningar som har uppstått efter insjuknandet (Fortmeier & Thanning, 1998) . För att orka konfrontera och för att kunna bearbeta den händelse som har inträffat behövs enligt Carlsson (2007a) ett stort stöd och en stor förståelse från strokepatientens omgivning, vilket inkluderar vårdpersonalen. Till detta bör strokepatienten och dennes anhörig få vara delaktiga i vårdplaneringen, där den medicinska behandlingen och rehabiliteringen inbegrips. Genom att vara delaktig i de uppbyggda mål som satts upp, tillsammans med vårdpersonalen, får patienten tillbaka kontrollen över sitt liv och livskvalitén kan ökas (Carlsson, 2007a).

Alla sjukdomar går dock inte att bota, men vårdpersonalen kan lindra lidandet menar Eriksson (1997), vilket inträffar när vårdaren möter upp patienten i dess sjukdom samt upplevelser i och av sin sjukdom. Detta inträffar och har även beskrivits i andra ordalag av Holm (2001), då gällandes empati. Genom empati kan en individuell omvårdnad ges samt kan lindra lidandet hos patienten.

## **Yrkesroller**

Individuell omvårdnadskunskap ingår inom arbetsterapeuten och sjuksköterskans utbildningar. Däremot har de olika yrkeskategorierna olika uppgifter att fylla på grund av den yrkesroll som de har förvärvat. De nedanstående förklaringarna har som syfte att ge en inblick i yrkesrollerna och där man i senare skede, kan utläsa och försöka förstå respondenternas olika upplevelser kring vårdandet (*se Resultat*).

### *Sjuksköterskerollen*

Att ge vård kan ske på olika sätt och utgår var i förloppet som möten uppstår, det kan vara i det akuta skeendet men även i eftervården av insjuknandet. Genom sin yrkesroll inkluderas ett ansvarstagande hos sjuksköterskan. Ansvarstagandet har sin grund i att vara den sammanfogande länken mellan olika vårdpersonal och patienten. Skillnader i ansvarstagandet och arbetsutförandet kan ha sin grund i den arbetsmodell som används inom sjuksköterskans arbetsmiljö och där patientens sjukdomstillstånd inkluderas för förfarandet av arbetets utförande. Dessa förfaranden i omvårdnad beror på den medicinska behandling som påbörjas i det akuta skeendet och fortskrider genom den omvårdnad och rehabilitering som krävs framöver (Kasén, 2002). En sjuksköterskas omvårdnad kring patienten innebär att stödja densamme genom sociala, psykiska och fysiskt svåra situationer. Stödjandet sker på bästa sätt genom uppbyggnad av en vårdande relation (*vårdare – patient*) där tillit är den grundläggande faktorn för att omvårdnaden ska bli så bra som möjligt enligt Kasén (2002).

Inom stroke sjukvården har sjuksköterskan oftast en central roll i omvårdnaden, där densamme skall ge information och utbildning till patienten och dess anhöriga. Denna information innefattar patientens framtida livsföring, strokens innebörd samt konsekvenser och där sjuksköterskan kan förklara den situation som har uppstått genom insjuknandet i stroke samt den behandling som krävs. Sjuksköterskan är också en av de personer inom vårdteamet, som kan trösta och hjälpa patienten att bevara de funktioner som finns efter insjuknandet (Engström, Nilsson, & Willman, 2005; Almås, 2002). Detta kan leda till att strokepatienten återfår kontrollen över sitt liv samt hantera den kris som har uppstått efter insjuknandet i stroke (Engström et al, 2005).

När det akuta skeendet har stabiliserats och när patientens medicinska status har förändrats till det bättre, så är sjuksköterskan även delaktig i vårdplaneringen (Engström et al, 2005). Vårdplaneringen skall utföras för att föra vidare viktigt information till hemsjukvården så att vårdkedjan inte bryts utan behandlingen fortsätter inom hemsjukvård/hemrehabiliteringen (Socialstyrelsen, 2008) . Sjuksköterskans roll inom hemsjukvården har redan beskrivits under rubriken *hemsjukvård*. Vilket skildrar sjuksköterskans huvudansvar angående vidareförmedling av information, som har givits under vårdplaneringen, till hemsjukvårdens team samt till baspersonalen. Ansvaret innebär också att se över den medicinska behandling som sker efter utskrivningen från stroke enheten.

Teamarbetet i hemsjukvården innebär att många olika yrkeskategorier inom vårdpersonalen arbetar tillsammans och där de genom sitt samarbete ger inblick in varandra yrkeskunskaper och därefter utarbetar en individuell vårdplanering. Denna studie innefattar även arbetsterapeuten som ingår i båda vårdteamen och där denna yrkesroll har stor betydelse för strokepatientens rehabilitering (Stroke Riksförbundet, 2005).

### *Arbetsterapeutrollen*

Rehabilitering innebär att ”*anpassning till bästa möjliga situation, såväl till kropp som till själ*” (Terént, 2007a; 91). Arbetsterapeutens roll innebär att tillsammans med strokepatienten sätta upp gemensamma mål för den behandling som behövs och för att nå de uppsatta mål som t ex innebär att försöka återskapa de funktioner som har försvunnit eller minskat efter insjuknandet i stroke. Om detta inte skulle fungera skall de tillsammans (*arbetsterapeut-patient*) försöka finna nya strategier och möjligheter så att strokepatienten skall klara av så många dagliga aktiviteter som möjligt. Enligt Fortmeier & Thanning (1998) kan rehabiliteringen endast genomföras och ge gott resultat om strokepatientens mål och värderingar förändras, vilket kan ske vid en viss acceptans av den sjukdom som har drabbat patienten samt de funktionsnedsättningar som har tillkommit .

Arbetsterapeuten har som uppgift är att bedöma patientens aktivitetsförmåga, det vill säga den förmåga som gör att patienten klarar av sin vardag (Gosman Hedström, 2007). Vid bedömning så observerar arbetsterapeuten om vilka förmågor som finns och de som eventuellt saknas hos patienten, samt genom samtal inhämta kunskap om vilka funktioner som patienten hade innan insjuknandet. Informationen är viktig i en bedömning så att arbetsterapeuten inte försöker att rehabilitera en funktion som inte har funnits innan insjuknandet i stroke, t ex att klä på sig, detta har kanske strokepatienten inte klarat av innan på grund av andra funktionsnedsättningar.

Genom rehabilitering och genom arbetsterapi kan komplikationer i muskler minskas och de kognitiva funktionerna ökas enligt Coyne och Mares (1995). Detta sker då arbetsterapeuten tar ”tillvara” de funktioner som finns kvar efter insjuknandet och tränar upp dessa men även försöker att återskapa de förlorade funktionerna, om inte helt så delvis (SOSFS 2008:20).

För att rehabiliteringen skall fungera fullt ut behövs samma vårdrelation som har påvisats inom sjuksköterskerollen och där tilliten till arbetsterapeuten ger patienten en trygghet. Genom denna tillit och trygghet så vågar patientens uttala sig om sina mål och syften för rehabiliteringen. Därefter sätts syften och mål upp, där arbetsterapeutens kunskap och patientens tankar skall stråla samman till en gemensam lösning på hur rehabiliteringen bör ske. Detta samspel kan förbättra patientens livskvalité menar Fortmeier & Thanning (1998).

## **TIDIGARE FORSKNING**

Om individens livskvalité skall kunna förbättras bör ett holistiskt synsätt och utövande hos vårdpersonalen infinna sig enligt Forchhammer (2000). Detta påstående grundar sig på författarens forskning kring strokepatientens rehabilitering, där hon nästintill förkastar de gamla omvårdnadsteorierna och menar att man inte endast kan använda sig av det medicinska eller det sociala perspektivet i omvårdnaden. Forchhammers (2000) tanke är att den holistiska modellen skall ses ur det perspektivet där vårdpersonalen nyttjar helheten. Den helhet som ingår i en tvåfaldhet, vilket inkluderar strokepatientens upplevda perspektiv samt vårdpersonalens kunskapsperspektiv och där dessa två perspektiv utgör grunden för rehabilitering. Då vårdpersonalen använder dessa perspektiv i sitt utförande, så kan enligt Forchhammer (2000) patientens *alla* behov bli tillfredsställda. De behov som inbegrips av strokepatientens sociala förhållanden, värderingar, mål samt livskvalité.

Livskvaliténs betydelse för strokepatienten och dess anhöriga ingår även i Jönssons (2007) forskning. Denna forskning hade som syfte att få kunskap om de vikt nedgångar samt skuldersmärta som oftast uppstår efter insjuknandet i stroke samt om dessa konsekvenser kunde ha någon inverkan på patientens livskvalité. Resultatet visar att då vikt nedgång och skuldersmärta infinner sig så minskar oftast livskvalitén. Dock minskar inte livskvalitén hos alla strokepatienter utan en del har *hela* kvar och andras livskvalitet minskas endast till en viss del, vilket då påvisar individualiteten i upplevelser kring livskvalitén. Jönsson (2007) framför i sin studie hur viktigt det är att ha uppföljning angående viktminskning och skuldersmärta. Denna uppföljning kan ske med kontinuerlig kontakt med t ex sjuksköterskemottagningar och när detta sker kan den hälsorelaterade livskvalitén förbättras, enligt densamme.

I Carlssons (2007a) studier kring mild stroke och dess konsekvenser utgår författaren från patient och anhörigas perspektiv, där studien framför deras upplevelser kring sjukdomens påverkan på vardagslivet. Dessa upplevelser berör bägge parterns bemästrande av vardagen. Bemästrandet inbegrips av vardagssysslor, familje- och övrigt socialt liv samt deras copingstrategier. Dessa strategier har en inverkan på hur patienten och dess anhörig klarar av att hantera ovanstående faktorer samt återfår sin livskvalité. Resultatet av studien påvisar hur betydelsefullt det är för patienten och dess anhöriga att få vård, rehabilitering och stöd från vårdpersonalen för att förbättrad livskvalité skall infinna sig. Brist på stödandet kan ge negativ inverkan på patientens hanterande av den nya livssituationen, vilket visar än mer betydelsen av stödandet som funktion och faktor i vårdpersonalens omsorgsarbete.

Carlssons (2007a) studie visar samma resultat som Jönssons (2007) då gällandes den individuella förändringen av livskvalité. Skillnaderna kan enligt Carlsson (2007a) bero på patientens egna copingstrategier och på vilket sätt vårdpersonalen kan göra nytta, för att strategierna skall kunna användas till fullo.

## **SYFTE/FRÅGESTÄLLNING**

### **Syfte**

Syftet med denna studie är att få en inblick om hur vårdpersonal knutna till strokepatienter upplevde sitt arbete angående stödandet och dess funktion, men även var och när vårdpersonalen fann meningsfullhet i sitt arbete. Ett delsyfte i studien är också att få kunskap om de olika arbetsmodellerna. Frågan var om vårdpersonalen nyttjade de nationella riktlinjerna för strokesjukvård eller den generella omvårdnadsprincipen samt på vilken grund man använde det ena eller det andra alternativet.

### **Frågeställning**

- Vad ger vårdpersonalen meningsfullhet i deras arbete och hur upplever de att de kan stödja strokepatienterna?
- Hur upplever de riktlinjerna och när uppfattar de att det är problematiskt att följa dessa?

## **METOD**

Grundtanken med denna studie var att få en insikt i vårdpersonalens upplevelser kring sitt sätt att stödja strokepatienter och därtill vilken funktion, *enligt deras egna uppfattningar*, stödandet kunde ha för dessa patienter. För att nå respondenternas uppfattningar användes den fenomenologiska metoden då den ger en inblick i individens upplevelser, tankar och beteende i deras livsvärld utifrån deras egna berättelser (Olsson & Sörensen, 2001; Grimen & Nordstedt, 2006).

Livsvärlden, det vill säga den värld som vårdpersonalen lever och verkar inom, kan delas av många då det rör sig om uppfattningar kring vårdandet och stödjandet inom olika yrkesroller men inom ett specifikt område, strokesjukvård (Denscombe, 2009; Stevens, 1998).

Genom semistrukturerade intervjuer studerades vårdpersonalens upplevelser kring sitt arbete, denna form av intervju innebär att samma frågor ställs ur en intervjuguide i samtliga intervjuer (bil.2). Intervjuguidens frågor innefattades av studiens syfte och frågeställning, vilket utgjorde en mer strukturerad form. Dock menar Dalén (1998) så behöver inte ordningsföljden av frågor vara densamma i var intervju utan där informanten har möjlighet att utveckla sina tankar och erfarenheter på ett mer spontant sätt, vilket i senare skede kan ge en mer fördjupad skildring i studien och dess syfte. Syftet är att beskriva vårdpersonalens livsvärld och om de upplever att de kan stödja strokepatienten men även om de upplever att de alltid kan följa de potentiella riktlinjerna för strokesjukvård. Då vårdkedjans funktion kring strokepatienten var en grundläggande tanke att följa, gjordes ett urval av antal respondenter samt vilka enheter och yrkesroller som skulle ingå i studien.

### **Urval**

På grund av de begränsade tidsramarna som studien skulle utföras inom, utgjorde det första urvalet angående vilka enheter som skulle ingå i undersökningen. Då författaren hade en önskan om att komma i kontakt med den vårdkedja som strokepatienten kommer i kontakt med, gjordes valet att både strokeenheten och hemsjukvården skulle inkluderas. Därefter nyttjades Denscombes (2009) *subjektiva urval*, som grundar sig på författarens förkunskaper från tidigare studier, yrkeserfarenheter men också som anhörig till strokepatienter. Genom dessa förkunskaper om vårdpersonalens olika yrkesroller samt uppgifter, så valdes två yrkeskategorier, sjuksköterskan och arbetsterapeuten. Författarens förhoppning var att dessa två yrkesroller men även de två olika sjukvårdsenheterna såsom hem - och akutsjukvård, skulle vara till fördel för studiens syfte och frågeställningar. Där likheter och skillnader mellan både yrkesroller samt enheter skulle kunna frambringas genom vårdpersonalens presentation av deras livsvärldar.

### **Intervjuerna/Tillvägagångssätt**

Inför intervjuerna och i enlighet med Malmö högskolas etiska råd skickades en förfrågan till vardera enhetschef för att inhämta ett godkännande av studien. Efter godkännandet kontaktade de respondenter som hade hänvisats via respektive enhetschef, genom e-post och telefonkontakt för vidare förfrågan om deltagande i studien. Vid denna kontakt framfördes de etiska perspektiven och där konfidens var en bärande del för att utföra dessa intervjuer.

Konfidenskravet ingår i Vetenskapsrådets (2004) forskningsetiska principer och innebär att respondenternas identitet skall hållas anonymt i framförandet av studien. Anonymiteten har därför utlovats till samtliga respondenter.

Vid intervjumötena fick respondenterna återigen information om studiens syfte och en förfrågan om de ville vara delaktiga samt en önskan om en påskrift där delaktigheten medgavs och där de återigen informerades att de kunde avbryta sitt deltagande i studien när helst de vill (Denscombe, 2009) (Bil.3). Denna information ingår i det så kallade informationskravet men även samtyckeskravet enligt Vetenskapsrådets (2004) rekommendationer om forskningsetiska principer. Inom dessa principer inbegrips även nyttjandekravet, det krav att studien och dess resultat inte skall användas till annat än just den studie som den innefattas av. I detta fall har ingen fått tillgång till handlingarna, det vill säga varken inspelningarna, den transkriberade texten eller fältanteckningarna. Vetenskapsrådet (2004) har även rekommenderat att respondenterna skall delgivas resultatet och detta har utlovats i samband med intervjuerna och samtliga kommer att få del av resultatet så snart som det är godkänt av examinatorn.

### **Data/tolkning**

Intervjuerna genomfördes på var respondents arbetsplats under april år 2009 samt varade mellan 20- 25 minuter och med deras tillåtelse så spelades intervjuerna även in. Allt eftersom intervjuerna hade genomförts så transkriberades de och sammanfördes under respektive fråga i intervjuguiden. Till detta tillfördes de fältanteckningarna som skrivits under intervjuerna och sammanfogades med svaren, enligt den metod som Denscombe (2009) rekommenderar. När detta hade verkställts, påbörjades inläsning av intervjuerna, fältanteckningarna men även avlyssningar av de inspelade intervjuerna. Detta upprepades ett flertal gånger och utgjorde grunden för att få fram på svar på studiens syfte tillika frågeställning. Problemområdena fick stå för de huvudsakliga ämnesrubrikerna. Emellertid tillkom ytterligare teman under inläsningen vilket inkluderas inom de Teoretiska referensramarna men även i Resultat samt Resultatdiskussionen. Till detta tillfördes även egna teman som utgör underrubriker i egen skap av; *Arbetsuppgifter, Meningsfullhet i arbetet, Stödandet, Nationella riktlinjer samt Framtidsvyer.*

## **TEORETISKA REFERENSRAMAR**

I litteraturgenomgången som ingår i studien, infann sig olika teoretiska ramar. Teorierna och begreppen är således kompatibla med det praktiska utövandet i vårdpersonalens arbete, enligt författarens egen tolkning. Dessa begrepp är således; *Coping, copingstrategier, empowerment, livskvalitet och hälsorelaterad livskvalité,*

## Coping

När en individ hamnar i en krissituation innebär det för individen att dennes säkerhet och kontroll hotas. De krissituationer som upplevs infinner sig i individens vardagliga liv och kan bero på olika stressorer (Medin & Axelsson, 2000). Stressorer är de orsaker som utlöser stress och hotar vårt välbefinnande. Dessa stressorer uppkommer oftast genom plötsliga och oväntade situationer, som sedan kan påverka individens välbefinnande såväl fysiskt som psykiskt och kan bestå över en längre tid (Cervone & Pervin, 2007). Hur individen upplever krissituationen i sitt första skeende, avgör hur densamme bedömer och hanterar den situation som har uppstått (Cervone & Pervin, 2007).

Den sekundära bedömningen utgår från individens tidigare kunskaper om liknande situationer och vilka strategier som då användes för att klara sig ur situationen. Men där även en utvärdering om de nuvarande resurser som individen har och om de resurserna är tillräckliga för att klara sig ur den krissituation som har uppstått. Därefter görs fler bedömningar såsom vilka konsekvenser situationen ger utifrån vilken strategi som används samt till vilken nytta det gör för individen att försöka bemästra situationen. Bemästrandet utgår från de förvärvade copingstrategierna som individen har i sitt *bagage* (Cervone & Pervin, 2007).

### *Copingstrategier*

Stressorerna kan bemästras genom olika copingstrategier, t ex genom den problemfokuserade och den emotionellt fokuserade. *Den problemfokuserade strategin*, å ena sidan, inriktar sig på problemet/situationen och där individen försöker att överkomma den situation som har uppstått (Cervone & Pervin, 2007). *Emotionellt fokuserad strategi*, å andra sidan, innebär att individen försöker att bemästra de negativa känslor som uppstår i och med den krissituation som har uppstått och genom t ex stöd från omgivningen kan denna negativa känsla förändras (Cervone & Pervin, 2007). Det sociala stödet har oftast en stor och positiv inverkan på problemlösandet av situationen men även en positiv inverkan på individens känsla av att kunna bemästra krissituationen som har uppstått, då med stöd från dess omgivning (Cervone & Pervin, 2007).

## Empowerment

Med stöd från omgivningen kan individen hantera sin kris och komma ur krissituationen. Tillvägagångssättet att klara av en krissituation kan förklaras genom begreppet empowerment enligt Askheim och Starrin (2007). Vilket innebär att bemästrandet av funktionshinder blir märkbar om individen/patienten får stöd av vårdpersonalen men även då patienten görs delaktig i sin behandling (Medin & Axelsson, 2000). Dessa faktorer kan ha en positiv inverkan på förbättrad livskvalité menar Askheim och Starrin (2007) tillika Payne (2005).



## Livskvalité

Livskvalité är enligt WHO

*”... ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och social välbefinnande inte enbart avsaknad av sjukdom”.* (Carlsson; 2007a; 17)

Det finns många forskningsområden som undersöker och förklarar vad livskvalité är och vad det innebär för var individ utifrån olika perspektiv. Brülde (2003) har genom sammanförande av olika teorier, arbetat fram en egen version av vad just livskvalité innebär för den enskilde individen. Med utgångspunkt från de olika teorierna, är hans åsikt att livskvalitén hos en individ beror på dennes önskan om olika ting samt händelser och som sedan går i uppfyllelse. Men för att livskvalitén skall vara fullvärdig hos individen så bör önskan gå i uppfyllelse på det sätt som individen har tänkt sig, annars blir inte nivån av livskvalitén detsamma, enligt Brülde (2003).

Ventegodt (1996) däremot, är av den uppfattningen att livskvalitén har sitt ursprung i individens livstillfredsställelse, denna tillfredsställelse grundar sig helt och hållet på individens förmåga att sträva mot uppsatta mål. Men för att nå dessa mål behöver individen förmågan att bemästra utmaningar genom de livserfarenheter som hon eller han har införskaffat (*se coping*). Genom livserfarenheten och bemästrandet av situationer som t ex innebär att ha insjuknat i stroke, så har individen två val att göra, antingen att ge upp eller att sträva mot målet för att tillfriskna. Brülde (2003) och Ventegodt (1996) har olika uppfattningar om innebörden av livskvalité, men de utgår bägge två från ett individuellt perspektiv och där individen har den största betydelsen för att livskvalitén skall ökas/återfås, efter en krissituation.

De är även av samma åsikt om att livskvalitén förändras ett flertal gånger över en individs livscykel. Men hur mycket livskvalitén förändras och hur man kan mäta denna förändring anser Brülde (2003)svårt att genomföra. Dock finns det olika mätinstrument som nyttjas inom vården för att vårdpersonalen skall få vetskap om de kan och hur de kan påverka patientens hälsorelaterade livskvalité.

### *Hälsorelaterad livskvalité*

Det mätinstrument som används mest är SF – 36 som är ett profilmått där man har 36 frågor med många svarsalternativ då med syfte på att sätta mått på individens hälsorelaterade livskvalité (Socialstyrelsen; 2008). EQ- 5D är ytterligare ett profilmått som endast består av huvudfrågor där individen svarar på frågor angående dennes; rörlighet, hygien, aktiviteter, smärtor/besvär, rädsla/nedstämdhet. Till detta används VAS – skalan (visuell analog skala) där individen uppskattar sin smärta genom att ge den en gradering och på så vis kan man se förändringar i hälsan kontra livskvalitén hos en individ och även de förändringar som sker över tid (Eriksson & Nordlund, 2002).

EQ- 5D är den metod som används av Riksstroke organisationen (2009) i ett utskick till strokepatienterna, som en tre månaders uppföljning. I detta frågeformulär bedömer patienten sin hälsa samt den vård som han eller hon har fått och utifrån detta kan även hälsorelaterad livskvalité ge ett visst svar på (bilaga 1).

Hälsan har en stor betydelse för var individ och genom ohälsa så kan dennes livskvalité påverkas, detta har påvisats genom olika forskningar (*se tidigare forskning*) Dessa förändringar har då uppmärksammats och med en viss eftersträvan så har olika mätinstrument framtagits så man kan mäta individens/individens livskvalité såsom EQ -5D och SF – 36 (Eriksson & Nordlund, 2002). Nilsson (2003) å andra sidan menar att vårdpersonalen inte endast ska se till dessa skalor och mätinstrument utan även genom sin egen kunskap kunna se samt bedöma en patients välmående och utifrån det försöka öka livskvalitén hos patienten.

Introduktionen av de ovanstående beskrivna begreppen, har som uppgift att försöka ge det praktiska arbetet ett teoretiskt utseende. Teorierna kan därefter appliceras på nedanstående framförande av resultat samt resultatdiskussion. Genom denna sammankoppling är förhoppningen, att den induktiva studien fullföljs då praktiken *till viss del* kan appliceras på teorin.

## **RESULTAT**

Resultatet visar vårdpersonalens tankar och upplevelser kring sitt arbete samt arbetsätt och där skillnader och likheter finns inom de olika arbetsätt samt de synsätt var respondent har på stödandet som funktion.

### **Arbetsuppgifter**

Arbetsuppgifterna skiljer sig markant mellan sjuksköterskorna och arbetsterapeuterna men även mellan akut – och hemsjukvård. Skillnaderna består i vilken/vilka omvårdnadsmodeller som används inom respektive område samt i vilken utsträckning modellerna används. Den generella omvårdnaden är mer påtaglig inom hemsjukvården på grund av det klientel som finns och där patienterna har olika diagnoser som kräver olika omvårdnadsbehov. Inom strokeenheten används den generella omvårdnaden men den nationellt inriktade omvårdnaden är mer påtaglig då de *endast* har strokepatienter och följer de nationella riktlinjerna mer markant, enligt respondenternas uttalande inom respektive arbetsområde.

Det som också skiljer sig inom omvårdnadsdelen är att inom strokeenheten är den tidpunkt då patienten befinner sig i det akuta skeendet och där snabb diagnostisering, medicinering samt rehabilitering behövs. Detta sker för att minska de funktionsnedsättningar som kan uppstå efter insjuknandet i stroke. Hemsjukvården har därefter uppgiften att fortsätta den behandling som har påbörjats inom Strokeenheten samt att vidareförmedla den omvårdnad som krävs i var specifikt fall.

Informationen skall föras vidare till de olika yrkesområdena såsom sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut och därefter vidareförmedlas till den baspersonal som har hand om omvårdnaden och rehabilitering i det egna hemmet eller i annat boende.

Respondenterna har arbetat inom vård och omsorg en längre tid, om inte i sin nuvarande yrkesroll så i en annan. Att arbeta med människor är något som samtliga respondenter brinner för och där utmaningarna att finna lösningar på hur omvårdnaden skall ske på bästa sätt samt i arbetsträningen *återskapa* de förlorade funktionerna, är betydelsefulla delar i arbetet. Meningsfullheten i arbetet uttrycks på olika sätt men den finns dock beskriven i var intervju och där en av respondenterna som var ny i sin yrkesroll upplevde arbetet utvecklande och stimulerande i nyhetens behag.

*Ja absolut och jag som är så ny också, det finns, man ser att det öppnar sig hela tiden så här. Man ställs ju hela tiden inför nya saker och speciellt jag då som är så ny, ständigt så dyker det upp saker som man får ta tag i och försöka att lösa. Och klura och fixa och dona med och det är en utmaning och det är jätteroligt.(respondent 4)*

*Det är väl det, tycker jag, att ingen patient är den andra lik vi har liksom inget schema utan alla kognitiva skador är olika och man liksom får göra lite detektivarbete. (Respondent3)*

*Det är att möta människor, man vet inte, jag kan inte planera min dag, det är väldigt spännande/.../ Det är det som är charmen det är det som triggas mig, och få möta dem i hemmet (Respondent 2)*

### **Meningsfullhet i arbetet**

Som ovan framfört finns det många faktorer som skapar meningsfullhet i vårdpersonalens arbete. Det har även uttryckts att meningsfullheten i arbetet infinner sig i den mångsidighet som finns hos strokepatienterna och i vården kring dem. Mångsidigheten innefattas av de problem som stroke för med sig i varje enskilt fall och som skall utredas, bedömas och planeras. Därefter skall de barriärer som funktionsnedsättningarna har åstadkommit, elimineras.

Genom att bli delaktig i patientens liv, värderingar och mål, som sker genom möten och samtal, så kan vården individanpassas vilket förbättrar vården enligt respondenterna. För att själva kunna utvecklas och finna ytterligare mening i arbetssituationerna så finns det olika utbildningsmöjligheter för samtliga respondenter. Dessa utbildningar är av olika karaktär och där strokeenhetens utbildningar, är inom strokeforskning och strokesjukvård och där hemsjukvårdens utbildning, är inom t ex sårvård och hjälpmedel.

*Det tycker jag att jag gör för att jag har haft fördelen hittills i alla fall att jag får åka mycket på vidareutbildningar och uppdatera mig, och på så sätt utvecklas jag ju absolut. Men det är kurser som jag hittills har fått åka på som vidareutvecklar mig jätte mycket. (respondent 1)*

*Ja det tycker jag, jag har ju gått massa kurser och ja vi får gå på konferenser och liksom, försöka lyssna på ny forskning. Ja det tycker jag, sen kommer det när man har jobbat jättelänge att man, vad finns det för nytt och man försöker hela tiden hitta, ja jag tycker att jag kan utvecklas. (respondent 3)*

*Visst man utvecklas med den nya kunskap som man får, som man måste ta till del [ta till sig]. Nu sitter jag med i en sårläkningsgrupp, så då tycker jag att jag utvecklas inom den biten det lilla smala området så att säga. (respondent 2)*

Mötet med andra människor ger mening åt arbetet, för var respondent på ett eller annat sätt. Att få möta dem i deras hem eller att få vara den som kan få fram de verktyg som behövs för att barriärer skall överbyggas är några faktorer som gör arbetet intressant och givande.

*”Vi har så otroligt varierande arbetsuppgifter, så jag har aldrig långtråkigt på mitt jobb. Det säger bara Swiss så är dagen slut (respondent 1)*

*”jag tycker att det är roligt att jobba med äldre överhuvudtaget, och så där, och få vara ute träffa dem i deras hem ”(Respondent 2)*

Arbetet innebär även att finnas till hands för patienten och dennes anhöriga då stroke inte är en sjukdom som bara drabbar den som har insjuknat utan även de som finns i strokepatientens närhet.

## **Stödandet**

Vårdandet i form av att stödja är något som skildras på olika sätt av respondenterna och där stödandet i sig, också genomförs på olika sätt. Sättet att stödja sker bland annat genom de samtal som vårdpersonalens (upprepande gånger) har med patienten, som i senare led kan ge den uppmuntran som krävs för att rehabiliteringen skall få en positiv utgång för patienten. Uppmuntran och stöd kan även innefattas av att ta tillvara den/de funktioner som finns kvar samt genom olika nya strategier få patienten att överbygga de barriärer som påverkare dennes vardagliga liv.

*Man tittar ju på hur en aktivitet görs och man kan kanske inte göra den aktiviteten på det sättet som man [patienten] har gjort tidigare då gäller det att hitta ett nytt sätt på utifrån de förutsättningar man har. Att om du gör så och så istället så kanske det fungerar. Eller om vi hjälper till med det här nu så kan du göra så och så... (respondent 4)*

*För det är ju så att ju mer vi vet om den enskilde desto bättre vård kan man ge, man har en bakgrundsbild av den man vårdar; intressen och lite speciella saker om hur man vill ha det, man är mörkrädd och om man behöver dricka på natten, att man får fram sådan här saker som gör att man kan ge den här individuella vården som är jätteviktig.(Respondent 1)*

Samtalen har en viktig funktion i vårdandet där respondenten dels för att får insikt i patientens liv och dels delge patienten av den kunskap som finns inom vården. Genom denna relation kan de tillsammans bygga upp ett mål, det mål som kan nås genom samtal där förändringar i livsföring påtalas och där patientens egenansvar framförs. Med egenansvar innebär att patienten ansvarar för att försöka förhindra att hon eller han inte återinsjuknar. Förhindrande av återinsjuknande kan ske genom förändrad livsföring, då det finns påtagliga faktorer som har negativ påverkan, såsom rökning, övervikt med mera.

*Under senare år så har ju mer och mer fokus lagts på stroke man ser att det inte är ingen hopplös diagnos. Det är mycket man kan göra i förebyggande syfte, och det har jag mycket på våra samtal livsstilsfrågor, där man tar upp om rökning, alkohol övervikt och sådana här saker och fysisk aktivitet och hur viktigt det är.*

*Alltså det här att man med det här kan nå ut med information till en grupp och förhindra att de återinsjukna, är ju liksom att man förklara och så där (Respondent 1)*

För vårdpersonalens del är samtalen till för att kunna få en helhetsbild av patienten där faktorer som livsföring, intressen samt vilka funktioner som fanns innan insjuknandet och därefter arbeta utifrån den inhämtade kunskapen om patienten. Genom samtalen kan ett gemensamt mål sättas upp, där även peppning och motivering ingår för att patientens skall orka och försöka komma vidare i sin rehabilitering. Det som kan motverka och försvåra rehabiliteringen är den mentala trötthet som ofta uppstår efter stroke, vilket kan upplevas som en stor börda för patienten.

*Man förstår att det är jättetufft! Ja man får försöka att stödja och man får försöka uppmuntra och tala om så där och stödja på det sättet. Och att det kommer att gå över (när det kan göra det)och att det blir så att man vet att det är på detta sätt, att man inte känner att man ensam om detta på något vis(Respondent 4)*

*Då tycker jag ofta att man måste lotsa dem; men jag vill börja gå, men du kan inte börja gå. Vi får börja träna att du kan sitta på sängkanten först, att du får bålbalansen eller att du kan stå. Vi får ju lotsa dem väldigt mycket, men att vi försöker se som en individ det tycker jag verkligen att det inte är löpande band eller så. Det känner jag ju också är positivare med strokepatienterna, och det är ju olika[rehabiliteringsmässigt] (Respondent 3)*

Det finns tillfällen där stödandet kan vara svårt att genomföra, detta beror på patientens sjukdomsstatus och i vilken fas som denne är inom sin krishantering.

*”Ja jag vet inte det (med skratt i rösten) vissa går det bra med. Då får man liksom lite respons, men vissa är ju så negativa men det är väl sjukdomen som sådan, att de som har det de är så besvikna för att de har hamnat i detta. Man vill inte ut, man vill inte på dagverksamhet, alltså du ska veta att det är väldigt jobbigt ibland att få dem fungera till vissa saker och man kan ju inte tvinga heller. Ja man kan ju inte liksom tvinga dem till detta heller utan man får ju locka fram, men man får ju inte strunta i det, om du förstår mig. Då har jag ju gjort är det fel. Utan man får ständigt peppa. Och många gånger går det ju sen, nu tar det kanske väldigt lång tid, för de har svårt att acceptera det, men det går sen..”(Respondent2)*

Stroke är en sjukdom som inte endast drabbar den som har insjuknat utan även de anhöriga drabbas. Samtliga respondenter är medvetna om detta och försöker även att finnas till för denna grupp och ibland kan det vara den anhöriga som får vara den person som samtal förs med. Samtalssituationen beror på de funktionshinder som har uppstått hos patienten, såsom afasi men även patientens psykiska tillstånd och var i krissituationen som denne befinner sig inom. På grund av ovanstående problematik samt ha vetskap om att det är de anhöriga som oftast blir den vårdande parten efter hemkomsten, så försöker respondenterna att underlätta och finnas till hands för de anhöriga.

*Så det kan ju hända att jag kan ringa hem till anhöriga, kanske en gång i veckan och uppdatera dem på vad vi har kommit fram till och hur tänker vi och hur länge tänker vi på hur länge planerar vi att de ska vara kvar och sådana här saker.*

*Så att vi lägger, jag lägger mycket fokus på anhöriga ibland kan jag kanske känna att jag/man tappar patienten i det hela för att patienten har talproblematik eller förvirringsproblematik och så är det anhöriga som man har mer kontakt med och patienten kommer lite mer i skymundan.*

*Så därför försöker att jag tänka till emellanåt att patienten får samma information som den anhöriga. Fast det är olika typer av information som man kan ta till sig.(Respondent 1)*

*Det blir ju ofta att de har korttid (korttidsboende), då 14 dagar hemma och på 14 dagar korttid då, och ofta är det då en part till i biten och då är det ofta hustrun som inte orkar hela biten.(Respondent 2)*

*Det drabbar ju personen och de drabbar de anhöriga och de som finns runt omkring, det är tufft, jättetufft det för ju mycket med sig.(Respondent 4)*

Genom ständiga och upprepade mötena med patienten och de anhöriga så kan vårdpersonalen få fram dennes vilja samt mål inför framtiden vilket kan ha förändrats under sjukdomstiden. Dock finns det tillfällen då vårdpersonalen inte kan göra så mycket för den strokedrabbade utan då gäller det att lindra lidandet.

Att lindra lidandet och att stötta patienten i sin rehabilitering sker genom det samarbete som finns inom de olika teamen – akut och hemsjukvård/hemrehabilitering, men även genom det samarbete som finns mellan de olika teamen. Användandet av vårdkedjan som funktion innebär att vårdpersonalen kan följa patienten hela vägen genom akut- till hemsjukvården. Vårdplaneringen innebär för patientens egen del, att dennes vilja och tankar om framtiden samt de potentiella stöd som behövs i hemmet inkluderas i planeringen. På så vis är patienten delaktig och kan återfå kontroll över sitt eget liv men även finna en trygghet i att ha personal i sin närhet, enligt respondenternas utsagor.

*Så det är väl i det stora hela sen i och med att många av de här strokepatienterna som jag redan är involverad i, där jag redan har haft samtal med patient och anhörig kanske jag sen också deltar i vårdplaneringen som kommer [och] har kontakt med biståndshandläggarna och sköterskor ute i kommunen för att överlämnande skall bli så bra som möjligt när de antingen går hem eller till korttidsboende. (Respondent 1)*

*Vi följer den vårdplaneringen, och sen så är det ju ständig uppföljning efter detta. Med jämna mellanrum, en del kanske kräver att man tittar till en gång per dag, och jag menar, det beror ju ofta på vad som. Men sen kan man ju glesa det.(Respondent 2)*

Det påpekades dock att det fanns tillfällen då vårdpersonalen inte kunde delta i vårdplaneringen då det är brist på ekonomiska resurser inom kommunen. Då gäller det att prioritera de fall där omvårdnad behövs i en högre grad, men det händer att överrapportering inte sker. Brister i vårdkedjan kan också bero på att patienten har en snabb hemgång eller att densamme har fler diagnoser utöver stroke och då uteblir överrapporteringen.

*Då får man ta kontakt med sjukhuset så att man får den informationen. Vi är med på vårdplaneringar på sjukhuset, inte alla tyvärr för det fixar vi inte. Men så mycket vi kan och där vi ser att det är omfattande saker/.../ där vi måste gå in med och sen möter vi upp hemma och vi kollar av om det behövs vidare träning (Respondent 4)*

Under en av intervjuerna framkom det att en uppföljning 3 månader efter insjuknandet genomförs och där patienten får skatta sin hälsa samt sitt välbefinnande och detta sker genom Riksstroke organisationens utskick av EQ-5D. Behörig vårdpersonal får ta del av uppföljningen och kan på så vis få vetskap om vården har varit bra eller dålig. Genom EQ-5D kan vårdpersonalen se var vissa förändringar bör ske för att kunna förbättra vården och likaledes förbättra livskvalitén hos patienten.

*”Där finns en tremånadsuppföljning där de får lov att skatta sin livskvalité och de får skatta lite hur de upplevde vården. Det är som en kvalitét granskning.” (Respondent 1)*

### **Nationella riktlinjerna**

Tremånadsuppföljningen (*se hälsorelaterad livskvalité*) ingår i de nationella riktlinjerna, vilket är en av de grundläggande faktorerna för Socialstyrelsens rekommendationer som publiceras varje år och som därefter framförs till dem som arbetar med strokesjukvård, vilket inkluderar både hem - och akutsjukvården. Dessa riktlinjer följs *endast* av akutsjukvårdens personal, där rekommendationerna studerades noggrant och personalen tar till sig de direktiv som är dem föreskrivna och arbetar utifrån det samma. Att använda och arbeta utifrån dessa direktiv grundar sig på den samhällskostnad som strokepatienterna tillfogar samhället och genom en snabbare diagnostisering och rehabilitering så minskar dessa omkostnader. Forskning har även påvisat att snabb diagnostisering, medicinering samt rehabilitering har en positiv inverkan på strokepatientens funktionsnedsättningar men också på livskvalitén, enligt de nationella riktlinjerna.

*Och det gäller se till att man verkligen gör de här prio[ritering] 1 sakerna för det är sånt som är bevisat genom forskning att det här är det bästa strokepatienterna. För att slutresultatet ska bli så bra som möjligt, strokepatienterna är ju en stor samhällskostnad, de tar ju mycket pengar i vår statskassa så att säga. Så det gäller att vi hjälper dem på rätt sätt och förebygger på rätt sätt. Så de riktlinjerna studerar vi noggrant när de kommer och försöker verkligen anpassa verksamheten efter dessa, det är vi ålagda att göra (Respondent 1)*



Inom hemsjukvården så fanns inte dessa rekommendationer inkluderad i den vård och omsorg som gavs i hemmet alternativt annat boende. Men genom att följa den vårdplanering som strukturerats upp på strokeenheten, innan patientens hemgång, så ansåg hemsjukvårdspersonalen att dessa rekommendationer följdes till viss del. Likaledes så finns det tillfällen där rekommendationerna inte kan följas inom strokeenheten, vilket grundas på patientens sjukdomsstatus samt patientens egna önskemål angående omvårdnaden och som också bör tas i beaktning, enligt strokeenhetspersonalen.

*Det är ju ett samspel mellan patient, anhörig och vårdpersonal där man försöker få fram det bästa för vederbörande, givetvis. Där är det jättesvårt att följa vissa riktlinjer, men vi ser ju alltid till att lindra i första hand, vi kan ju inte alltid att bota men vi kan alltid lindra. (Respondent 1)*

### **Framtidsvyer**

Det som framkom och uttalades av flertalet respondenter var önskan om fler utbildningar och där studierna kunde utföras under arbetstid samt att all personal skulle få en enhetlig utbildning inom omvårdnaden. Den enhetliga utbildningen skulle då verka för ökat samarbetet mellan de olika yrkesrollerna inom teamen. Respondenterna är dock väl medvetna om att de resurserna inte finns på grund av försämrade ekonomi inom både landsting och kommun.

*Sen har jag ju en önskan, givetvis, om att kunna uppdatera mig mer när det gäller litteratur med forskning och så här på arbetstid. Den tiden finns inte att jag kan gå undan och sätta mig och läsa på... (respondent 1)*

*Men det kanske är lite svårare nu, för att jag menar, för att det är lite tajt med personal, de här utbildningarna vi går, det är svårare nu att få pengarna att räcka till alltinge... det är väl det jag känner (Respondent 2)*

### **Sammanfattande resultat**

Trots de skillnader som finns i vårdandet utifrån de olika omvårdnadsmodellerna och inom de olika yrkeskategorierna så anser samtliga respondenter att de arbetar utifrån ett holistiskt perspektiv. Helhetsperspektivet uppnås genom de samarbeten som finns mellan de olika yrkesrollerna, men även genom det samarbete som finns mellan akut – och hemsjukvård. Att vårda den sjuka kan te sig olika men vårdandet är mer beroende av i vilken fas patienten befinner sig inom t ex i den akuta fasen. I denna fas är initial vård viktig för att minska de eventuella funktionsnedsättningar som uppstår efter stroke, men även den medicinska delen där snabb medicinering skall minska återinsjuknande i stroke. Därefter överförs behandlingen och rehabiliteringen till hemsjukvården vilket sker genom den vårdplanering som *oftast* genomförs.

Meningsfullhet i arbetet anses infinna sig genom olika faktorer, såsom möten med andra människor, att få ta sig an utmaningar som består i att hjälpa och stötta patienten så att denne orkar med sin rehabilitering. Att finnas till hands för anhöriga och att stödja även dessa personer anses vara en viktig del i arbetet, då det oftast är de anhöriga som har den vårdande delen efter utskrivningen.

Genom utbildningarna så infinner sig ytterligare meningsfullhet i arbetet och dess situation, då det utgör en kompetenshöjande faktor för personalen samt medför ett aktivare arbete för enheterna. Arbetsätten kan innefattas av att följa de nationella riktlinjer som Socialstyrelsen var år rekommenderar och skall nyttjas såväl inom akutsjukvård som inom hemsjukvård, vilket leder till en reducerad samhällskostnad samt reducerade funktionsnedsättningar. Rekommendationerna följs dock i större omfattning av strokeenheten än av hemsjukvården vilket beror, enligt hemsjukvårdspersonalen att de inte har dessa direktiv och att omvårdnaden följs indirekt genom de vårdplaneringar som utförs på strokeenheten.

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

Uppslaget till denna studie har sin grund i mina egna erfarenheter genom att vara anhörig och vän till personer som har drabbats av stroke, men även erfarenheten att arbeta med människor som har drabbats. Tillsammans med dessa faktorer och i kombination med tidigare studier inom Handikapp och Rehabiliteringsvetenskap där Carlssons (2007a) "*Mild Stroke, Consequences in Everyday Life, Coping and Life Satisfaction*" studerades, infann sig intresset att kombinera de egna erfarenheterna med Carlssons (2007a) forskning. Nyfikenheten att utföra en studie som innehöll betydelsen av stödandet som funktion till strokepatienter, utifrån ett annat perspektiv än Carlssons (2007a). Carlsson (2007a) forskade kring patienten och dess anhöriga, där stödandet ansågs vara en faktor som förbättrade livskvalitén hos både patient och anhörig. Min tanke var att studera stödandets funktion ur vårdpersonalens perspektiv samt vad som ger vårdpersonalen meningsfullhet inom sitt yrkesutövande. Delsyftet med studien var att få veta om det brukades olika omvårdningsmodeller inom de olika sjukvårdsenheterna eller om det fanns någon specifik omvårdningsmodell för strokesjukvård.

Resultatet visar utifrån de semistrukturerade intervjuerna att en specifik omvårdningsmodell finns inom strokesjukvård och utgår från de Nationella riktlinjer som uppdateras varje år av Socialstyrelsen (2009). Dessa riktlinjer följdes dock mer av strokeenhetens vårdpersonal än av hemsjukvårdens, vilket enligt hemsjukvårdens respondenter grundar sig på att *deras* patienter har olika sjukdomsbilder till skillnad från strokeenheten där det *endast* handlar om vård av strokepatienter.

Emellertid är hemsjukvårdens uttalanden felaktiga, då riktlinjerna enligt Socialstyrelsen (2009) inbegriper hemsjukvården samt dess omsorg kring strokepatienterna och bör därför följas av även denna enhet.

Ytterligare skillnader finns i frågan om omvårdnad, på grund av de olika yrkesroller-  
nas föreskrivna uppgifter. Sjuksköterskorna å ena sidan har huvudansvaret för den medicinska omvårdnaden samt uppgiften att vidareförmedla information om och till patienten, dess anhöriga samt till övriga inom teamen. Denna information skall sedan förmedlas vidare till baspersonalen, det vill säga den personal som har hand om omvårdnaden och omsorgen i det egna hemmet eller inom kommunal regim men även inom strokeenheten, enligt Socialstyrelsen (2005). Arbetsterapeuten å andra sidan är föreskrivna att bedöma och utföra en viss rehabilitering, vilket innefattas av arbetsterapeuternas utbildning och inom teamens uppfattning av vad en arbetsterapeut skall utföra för slags arbetsuppgifter (Gosman Hedström, 2007). Resultatet visar att dessa omvårdnadsskillnader finns och där var yrkesgrupp utövar de uppgifter som är dem ålagda att utföra.

*Omvårdnadsmodellerna* följs i skiftande utsträckning beroende på patienternas sjukdomskaraktärer som inbegrips inom var enhet. Inom strokeenheten följs de nationella riktlinjerna efter Socialstyrelsens rekommendationer (2009). Vilket, enligt respondenterna på strokeenheten, beror på de prioriteringar som bör utföras i *rätt* ordning och som kan ha en positiv inverkan på strokepatientens framtida liv men även att vårdtiden förkortas. Att förkorta vårdtiden är ett av de mål som Socialstyrelsen (2009) har, då strokesjukvård är en stor ekonomisk utgift om inte *rätt* vård utförs. Strokevården skall enligt rekommendationerna utföras av såväl hemsjukvård som strokeenhet, men resultatet påvisar brister hos hemsjukvården då personalen inte alltid kan vara delaktiga i vårdplaneringarna. Uteblivet deltagande i vårdplaneringarna fortskrider, trots Socialstyrelsens (2008:20) hänvisningar om att vårdkedjan skall hållas obruten för strokepatientens välbefinnande och för att reducering av funktionsnedsättningar skall kunna fortsätta. Vårdpersonalen inom hemsjukvården, är väl medveten om denna problematik men kan själva inte göra så mycket åt sakfrågan, då beslut angående kommunens budget inte åligger dem utan kommunfullmäktige.

*Meningsfullhet i arbetet* är en viktig faktor för att arbetet skall ge något tillbaka till respondenterna. Resultatet påvisar många positiva komponenter som gör arbetet meningsfullt för samtliga genom t ex i de utmaningar som strokesjukvård ger samt genom den mångsidighet som finns i vårdandet kring vart fall. Utmaningarna i arbetet består även av att envist försöka motivera den patient som har resignerat på grund av sjukdomens omfattning och när respondenterna lyckats med detta infinner sig meningsfullheten i arbetet.

Möten med andra människor och att få insikt i en patients liv ger ytterligare meningsfullhet och där utmaningen inbegriper att få klarhet om vilken vård som passar i vart enskilt fall, vilket enligt Holm (2001) kan definieras som detektivarbete.

Genom att ge individuell vård så kan den medicinska behandlingen och rehabiliteringen få en positiv utgång för de flesta strokepatienter, enligt respondenternas egna utsagor. Inom den individuella omvårdnaden och genom att vårdpersonalen känner sig delaktiga i de *solskenshistorier* som uppstår, där patienten tillfrisknar eller visar tacksamhet gentemot personalen ger arbetet en positiv innebörd. Uppskattat gehör får vårdpersonalen att utvecklas i positiv riktning och i kombination med kunskapsinhämtning om hur patienterna upplevt sin vård genom EQ-5D, *tremånadersuppföljningen*, så kan omsorgen utvecklas för att förbättra vårdandet än mer för nästkommande fall, enligt strokeenhetens respondenter.

*Utveckling* i gestalt av utbildningar utgör även en viktig faktor för meningsfullheten i arbetet. Resultatet visar åter igen skillnader mellan hemsjukvård och strokeenheten. Skillnaderna ligger i det utbildningsunderlag som finns att tillgå, strokeenhetens utbildningar inriktar sig på strokesjukvård samt forskning inom stroke. Inom hemsjukvården är inriktningen på utbildningar mer inom den generella omvårdnaden där sårvård och hjälpmedel var det utbud som fanns att tillgå under den tid som intervjuerna utfördes. Skillnaderna inom utbildningsmöjligheterna *kan* ha sin grund i att strokeenheten *endast* har strokepatienter och där hemsjukvården innefattas av patienter med olika diagnoser.

*Vårdrelationerna* finns beskrivet inom de båda yrkeskategoriernas utbildningar vilket påvisar betydelsen om hur vårdandet och omsorgen bör vara. Relationer byggs upp genom ett bra samspel mellan vårdare och patient enligt Eriksson (1997). Samspelet mellan vårdare och patient finns inom både strokeenheten och hemsjukvården enligt respondenternas utsagor och sedermera resultatet. Respondenterna påpekar vikten av att få kunskap om patientens tidigare liv, *innan insjuknandet*, samt vilka mål och värderingar som patienten skattar inför framtiden. Enligt respondenterna gäller det att finnas till hands och att stödja samt ha upprepande samtal med patienten. Via dessa samtal kommer respondenterna sina patienter närmare in på livet och kan genom detta få en förståelse för vad och hur densamme upplever den situation som har uppstått. Genom denna empatiska handling kan en god omvårdnad ske enligt Holm (2001) och som ovan nämnt ger respondenternas utsago samma resultat.

*Stödjandet* av strokepatienten och dess anhöriga är en viktig uppgift för var respondent (Arman & Rhenfeldt, 2006). Detta på grund av stroke är en sjukdom som kommer utan förvarning och kan hota patientens välbefinnande både fysiskt som psykiskt. Genom den kris som uppstår, så uppstår oftast behovet av stöd från dennes omgivning (Cervone & Pervin, 2007).

Hur mycket stöd som behövs har framförts och förklarats av respondent 1, där patientens självuppfattning av situationen inbegrips samt hur densamme klarar av att bearbeta insjuknandet och de eventuella funktionsnedsättningarna som har tillkommit. Bearbetning och bemästrandet av insjuknandet i stroke finns även beskrivet av Cervone och Pervin (2007), som då inbegrips i det som kallas coping och copingstrategier (*se teoretisk referensram*).

*Copingstrategierna*, det vill säga den problemfokuserade och den emotionellt fokuserade kan i detta fall användas av patienten för överbygga de barriärer som har uppstått vid insjuknandet såsom reducera de eventuella funktionsnedsättningarna då med stöd från arbetsterapeuten. Resultatet visar att stödjandet från arbetsterapeuten infinner sig då hon eller han, tillsammans med patienten hittar nya strategier så att patienten klarar av vardagliga göromål. Båda arbetsterapeuterna påvisar att de arbetar för att överbygga patienternas fysiska barriärer, dock skiljer sig deras arbetssätt att hjälpa patienten vilket har sin grund i vilken fas strokepatienten befinner sig i inom sjukdomen.

*Emotionellt fokuserade strategi*, begagnas då strokepatienten genom stöd och uppmuntran från vårdpersonalen kan vända de negativa känslorna till något positivt såsom strävan mot att nå mål samt komma igenom den kris som oftast inträffar efter insjuknandet i stroke. Stödjandet har ytterligare en funktion och det är att göra patienten delaktig i vårdandet och i den behandling som behövs utföras enligt respondenterna. Att vara delaktig och få vara medbestämmande i de beslut som fattas ger patienten åter kontrollen över sitt liv och sin livsföring (Carlsson, 2007a). Resultatet visar att detta sker inom bägge enheterna.

Då kontrollen återges till patienten med stöd från vårdpersonalen genom att få ett *egenansvar* över sin framtida livsföring, överrensstämmer med Askheim och Starrins (2007) förklaringar kring empowerment. Begreppet förklarar inom denna studie de nya strategier som arbetas fram mellan vårdpersonal och patient. De nya strategierna för att klara av vardagliga aktiviteter och det egna ansvarstagandet genom stöttande vårdpersonal samt medicinsk behandling kan reducera ett återinsjuknande. Resultatet visar att samtliga respondenter försöker uppnå dessa mål, tillsammans med patienten. När målet uppnås kan livskvalitén förändras till det bättre, enligt Askheim och Starrin (2007).

*Livskvalité* förändras över tid och rum enligt Carlsson (2007a), Brülde (2003) och Ventegodt (1996) är av samma uppfattning. Men för att öka eller återfå den livskvalité som fanns innan insjuknandet så gäller det att vårdpersonalen ger det stöd som krävs samt gör patienten delaktig i vårdandet. Genom att vara delaktig och att ta ett ansvar för sin framtid så kan patienten orka sträva vidare framåt i sin rehabilitering.

Grunden till strävan är enligt Ventegodt (1996), människans inre längtan att få leva och genom den egna strävan återfå sin livskvalité. Resultatet visar att stödandet sker men i vissa fall har patienten resignerat på grund av sin sjukdom och där den mentala tröttheten har en negativ inverkan på motivationsnivån. I dessa fall gäller det för vårdpersonalen att inte ge upp utan envist försöka motivera patienten till aktivitet, enligt respondent 2, annars infinner sig känslan av ett misslyckande. Genom att använda sig själv som instrument för att utföra vårdandet på rätt sätt, ställer stora krav på vårdpersonalen enligt Arman och Rhenfeldt(2006), men genom sin förvärvade kunskap och yrkeserfarenheter kan vårdpersonalen bedöma patientens välbefinnande (Nilsson2003). Genom personalens egna bedömningar av patientens välbefinnande och i kombination med patientens betygsättning av sin livskvalité i EQ-5D, kan resultera i förändrade omvårdnadsmodeller i framtida rekommendationer från Socialstyrelsen.

*Hälsorelaterad livskvalité* är den livskvalité som förändras då hälsan sviktar och där det finns frågeformulär (EQ-5D) att tillgå för att få kunskap om livskvalitén har förändrats hos strokepatienten (Socialstyrelsen, 2008:20). Förfrågan i form av enkäter skickas ut till samtliga strokepatienter tre månader efter insjuknandet. I denna enkät kan sedan vårdpersonal och Socialstyrelsen se var det brister i vården, men även ta del av de svar som är till vårdpersonalens fördel såsom uttalanden om god vård under de övriga kommenteraren där patienten kan göra sina tillägg i EQ-5D.

Uppföljningen studerades av akutsjukvårdspersonalen och där de fick vetskap om, var och när vården inte fungerar samt hur de själva kan påverka patientens livskvalité. Resultaten berör inte livskvalitén i den utsträckning som författaren hade hoppats på, utan samtlig vårdpersonal hänvisar till stödandet och motivationsarbetet som är individuellt anpassat. Dessa utföranden kan leda till ökad livskvalité hos strokepatienterna om densamme görs delaktig i sin behandling samt återfår kontroll över sitt egna liv genom stöd från omgivningen, enligt Askheim och Starrin (2007). Resultatet visar att vårdpersonalen arbetar för att ge strokepatienten ett eget ansvar för sin livsföring och att densamme är med i vårdplaneringen vilket gör patienten delaktig i beslut angående omvårdnad och rehabilitering.

### **Metoddiskussion**

De semistrukturerade intervjuerna gav svar på frågorna beträffade ”vårdpersonalens upplevelser kring stödandet och dess funktion” samt ”vilken omvårdnadsmodell som användes inom akut – och hemsjukvården kring strokepatienterna”. Semistrukturerade intervjuer kan enligt Denscombe (2009) vara fördelaktiga då detta ger en mer djupgående och meningsbärande (för studien) inblick i var respondents livsvärld, den värld de verkar och lever inom.

Fördelen med denna metod är att studien kan ge överraskande och innehållsrik information som ger undersökningen en större vidd än vad t ex frågeformulär hade kunnat ge menar Denscombe (2009). Utifrån egen tolkning så uteblev dock överraskningarna då vårdpersonalen endast svarade på de frågor som ställdes.

För att kunna ge en rättvis skildring av vårdpersonalens livsvärld och hur de tolkar den, kräver att författaren tillika den som har utfört intervjuerna framför respondenternas utsagor på ett så informativt sätt att inga misstolkningar kan göras (Denscombe, 2009). Författaren skall vara medveten om sin egen förförståelse och sina fördomar under studiens gång så att inga missvisande resultat framvisas (Lindholm, 1999). Medvetenheten om dessa fällor av förförståelsen har funnits hos författaren och därför har studien endast har utgått från intervjuguidens frågor (*se metod*).

Nackdelen med semistrukturerade intervjuer är att den är tidsberövande och då tidsramarna för studien var begränsade samt den tid som gick åt för att nå ut till respondenterna, så gjordes val om vilka respondenter samt områden som skall inbegripas. På grund av detta ansågs i ett tidigt skeende att antalet respondenter inte fick bli så omfattande vilket kan ha påverkat resultatet negativt (Denscombe, 2009). Om frågeformulär hade använts i undersökningen så hade fler respondenter kunnat ge svar på studiens frågor vilket hade gett en större insikt om hur vårdpersonal i det stora hela ser på stödjandet som funktion och meningen med arbetet (*se framtida studier*). Nackdelen med frågeformulär menar Denscombe (2009), är att dessa inte hade gett det djup som eftersträvades och som var en betydande del för denna studie, då respondenternas livsvärld skulle belysas på ett mer djupare och utvecklande sätt.

## **Urvalsdiskussion**

Valet av respondenter inom två olika yrkesgrupper, sjuksköterska och arbetsterapeut, grundar sig dels på tidsramen för studien, men även på grund av okunskapen om vilka yrkesgrupper som inbegreps i de olika teamen. Om tid och kunskap hade infunnit sig så kunde val av yrkesgrupper sett annorlunda ut och där fler respondenter hade blivit intervjuade vilket troligen hade givit ett annorlunda resultat. Utifrån denna studie kan man dock skönja vårdpersonalens upplevelser kring stödjandet och dess funktion, samt vilka omvårdnadsmodeller som nyttjas på respektive enhet och även varför man utövade en viss omvårdnadsmodell vilket var syftet med studien (Stevens, 1998).

## **Framtida studier**

Som förslag till framtida studier är en utökad sådan som eventuellt innefattas av utskick av frågeformulär till fler respondenter och där fler yrkesgrupper inbegrips, såsom läkare, sjukgymnaster, logopeder, vårdbiträden etc. På så vis kan troligen en större och bättre bild ges av hur vårdpersonalen i allmänhet ser på sitt arbete kring strokepatienterna. Framtida studier kan förhoppningsvis ge en vink om var och när, samt vilka resurser som krävs för att förbättra omvårdnaden kring strokepatienterna.

## **REFERENSFÖRTECKNING**

- Almås H (red) (2002). *Klinisk omvårdnad. D 1: Liber*. Stockholm
- Arman M och Rehnsfeldt A (2006) *Vårdande som lindrar lidande, etik i vårdandet*, Liber, Stockholm
- Askheim O P & Starrin B(red) (2007) *Empowerment I teori och praktik*, Gleerups, Malmö
- Brülde B (2003) *Teorier om livskvalité*, Studentlitteratur, Lund
- Carlsson G (2007a), *Mild Stroke, Consequences in Everyday Life, Coping and Life Satisfaction*; Göteborg: Institute of Neuroscience and Physiology, the Sahlgrenska Academy at Göteborg University.
- Cervone D & Pervin L A (2007), *Personality, Theory and reserch*; John Wiley & sons, England
- Coyne P & Mares P (1995) *Caring for someone who has had a stroke, Age concern*, England
- Dalen M (1998), *Intervju som metod*; Gleerups Utbildning AB, Malmö
- Denscombe M (2009) *Forskningshandboken, för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskapen*, Studentlitteratur AB, Lund
- Engström, B., Nilsson, R & Willman, A (2005) *Omvårdnad vid stroke: State of art*. Stockholm: Gothia.
- Ericson E & Ericson T (2002) *Medicinska sjukdomar Specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*, Studentlitteratur, Lund
- Eriksson E & Nordlund A (2002) *Hälsa och hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D och SF-36 i Östergötlands och Kalmar län Rapport 2002:1* Folkhälsovetenskapligt Centrum, Östergötland
- Eriksson K (1997) *Vårdandets idé*, Liber, Stockholm
- Forchhammer Hysse B (2000), *Understanding everyday life with stroke* i Gannik D E & Launsø L (red); *Disease, Knowledge and Society*, København Samfundslitteratur,
- Fortmeier S & Thanning G (1998) *Sett med patientens ögon*; Studentlitteratur, Lund
- Grimen H & Nortvedt P (2006), *Sensibilitet och reflektion, filosofi och vetenskapsteori för vårdprofessionen*, Daidalos AB, Uddevalla



- Holm U (2001) *Empati att förstå andra människors känslor*, WS bookwell; Finland
- Jönsson A-C (2007) *Life after stroke Outcome and views of patients and carers*. Lund Department of Clinical Sciences, Lund, Neurology, Faculty of Medicine, Lund University.
- Kasén A(2002) *Den vårdande relationen*, Åbo akademiska förlag; Finland
- Lindholm S (1999), *Vägen till vetenskapsfilosofin: Academica Acta*; Lund
- Medin J & Alexanderson K (2000) *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Studentlitteratur, Lund
- Olsson H & Sörensen S (2001), *Forskningsprocessen, Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Liber; Stockholm
- Payne M (2005), *Modern social work theory*; Palmgrave MacMillan, New York
- Spanó L (2006), *Livet efter stroke*; Stroke riksförbundet, Skärholmen
- Stevens R (red)(1998) *Att förstå människor*, Studentlitteratur, Lund
- Svenska akademiens ordlista över det svenska språket(2006) Norstedts Akademiska Förlag, Falkenberg
- Terént A (2007a), *Stroke, hur man förebygger och behandlar*; Ica bokförlag; Västerås
- Thorsén H (1997); *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik*, , Liber, Stockholm
- Ventegodt S (1996) *Livskvalitet, att erövra livets mening*, Forum; Falun

## **ELEKTRONISKA REFERENSER**

Adolfsson A (2008) *Ämnet omvårdnad* [Elektroniskt] (20090511)

<http://www.his.se/utbildning/amnen/omvardnad/Amnet-omvardnad/>

Carlsson G (2007b) *Dolda funktionshinder efter stroke* [Elektronisk]. Vårdalainstitutets Tematiska rum (20090526)

<http://www.vardalinstitutet.net/PSUser/servlet/com.ausys.ps.web.user.servlet.PageServlet?nodeid=3813&pageversion=1>

Gosman-Hedström, G. (2007). Bedömning av aktivitetsförmåga. [Elektronisk]. Vårdalainstitutets Tematiska rum : Stroke – vård, omsorg och rehabilitering. (2009-05-25)

<http://www.vardalinstitutet.net/PSUser/servlet/com.ausys.ps.web.user.servlet.PageServlet?nodeid=3812&pageversion=1>

Hjärt- och Lungfonden(2006) *Sjukdomar/Stroke/Forskning om stroke* [Elektronisk] (20090526)

<http://www.hjart-lungfonden.se/sv/Sjukdomar/Sjukdomar/Stroke/Forskning-om-stroke/>

Hjärt och lungfonden(2006) *Sjukdomar/Stroke/Vad är stroke* [Elektronisk] (20090526)

<http://www.hjart-lungfonden.se/sv/Sjukdomar/Sjukdomar/Stroke/Vad-ar-stroke/>

Nilsson G (2003), [Elektronisk] *Alltför många metoder används för att mäta hälsorelaterad livskvalité*, läkartidningen nr. 4.230–232. (20090526)

[www.lakartidningen.se/old/content\\_0304/pdf/230\\_232.pdf](http://www.lakartidningen.se/old/content_0304/pdf/230_232.pdf)

Riksstrokeorganisationen (2009) [Elektronisk] (20090526)

<http://www.riks-stroke.org/index.php?content=start>

SFS 1982:763 *Svensk Författningssamling. Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763* [Elektronisk] (20090526)

<http://www.notisum.se/rnp/sls/LAG/19820763.htm>

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för Strokesjukvård– Beslutstöd för prioriteringar 2009* Preliminär version [Elektronisk] (20090526)

[www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/32296EC6-D5D9-4B4F-9BB2-9E7725DEA68F/13280/200912635.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/32296EC6-D5D9-4B4F-9BB2-9E7725DEA68F/13280/200912635.pdf)

Socialstyrelsen(2008)SOSFS2008;20[Elektronisk] (20090526)

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/10162/2008-10-20.htm>

Socialstyrelsen (2005) [Elektronisk] *Vilka förutsättningar finns det att bedriva en hemsjukvård med god kvalitet? Rapport från en tematisk verksamhetstillsyn inom Uppsala–Örebroregionen*2005 (20090526)

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8928/Sammanfattning.htm>

Stroke riksförbundet (2005) [Elektronisk] (20090526)

<http://www.strokeforbundet.org/index.asp>

Terént A (2007b) *Strokeenhetsvård* [Elektronisk]. Vårdalinstitutets Tematiska rum: Stroke – vård, omsorg och rehabilitering.(20090526)

<http://www.vardalinstitutet.net/PSUser/servlet/com.ausys.ps.web.user.servlet.PageServlet?nodeid=3257&pageversion=1>

# **BILAGOR**

## **Bilaga 1**

1 **Version 9.0** Används vid registrering av alla som insjuknar i akut stroke **2009-01-01** och därefter.

### **RIKS-STROKE - 3 MÅNADERS – UPPFÖLJNING**

*Dessa uppgifter fylls i av vårdpersonalen innan patienten går hem*

Personnummer I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Namn

Adress

Telefon

Rapporterande sjukhus I\_\_I\_\_I\_\_I

Avdelning I\_\_I\_\_I\_\_I

Planerat uppföljningsdatum (år, mån, dag) I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

**3 månader efter insjuknandet i stroke skall frågeformuläret fyllas i**

#### **1. Var vistas Du nu?**

I\_\_I = Eget boende, utan kommunal hemtjänst

I\_\_I = Eget boende, med kommunal hemtjänst

I\_\_I = Särskilt boende (ex. sjukhem, ålderdomshem, servicehus, korttidsboende, gruppboende, slussplats, växelboende eller motsvarande)

I\_\_I = Akutsjukhus (t.ex. medicin, neurolog, kirurgklinik)

I\_\_I = Annat .....

I\_\_I = Geriatrisk-/Rehabklinik

#### **2. Bor Du ensam?**

I\_\_I = Ja, jag bor helt ensam.

I\_\_I = Nej, jag delar hushåll med make/maka/sambo eller annan person t.ex. syskon, barn, föräldrar

### **Instruktioner:**

- Om Du behöver hjälp att fylla i formuläret går det bra. Ange i fråga 24 vem/vilka som besvarat formuläret.

- Om Du som besvarar frågeformuläret inte vet svaret på frågan och svarsalternativet "Vet ej" saknas lämnas frågan obesvarad.

### **3. Hur är Din rörlighet nu?**

I\_\_I = Jag kan förflytta mig ensam både inomhus och utomhus

I\_\_I = Jag kan förflytta mig ensam inomhus, men inte utomhus

I\_\_I = Jag får hjälp av annan person vid förflyttning

### **4. Får Du hjälp av någon vid toalettbesök?**

I\_\_I = Jag klarar toalettbesök helt själv

I\_\_I = Jag får hjälp vid toalettbesök

### **5. Får Du hjälp med på- och avklädning?**

I\_\_I = Jag klarar på- och avklädning helt själv

I\_\_I = Jag får hjälp med på- och avklädning

### **6. Har Du varit eller fått tid för ett uppföljande besök efter sjukhusvistelsen? (Flera alternativ är**

möjliga)

I\_\_I = Ja, på sjukhus

I\_\_I = Ja, på vårdcentral eller motsvarande (**ex. privatläkarmottagning**)

I\_\_I = Ja, på särskilt boende

I\_\_I = Nej

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**7. Tycker Du att Dina behov av stöd eller hjälp är tillgodosedda?**

I\_\_I = Ja, helt

I\_\_I = Ja, delvis

I\_\_I = Nej

I\_\_I = Jag behövde inte/ville inte ha stöd eller hjälp

I\_\_I = Vet ej

*kommentar*.....

3

**8. Vilken typ av stöd eller hjälp har du fått från sjukvården eller kommunen efter sjukhusvistelsen? (Flera svarsalternativ är möjliga).**

I\_\_I = Dagrehabilitering/Teamrehabilitering

I\_\_I = Hemrehabilitering

I\_\_I = Korttidsboende

I\_\_I = Annat stöd (ex. läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator eller logoped)

I\_\_I = Hemtjänst

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**9. Är Du idag beroende av stöd eller hjälp av anhörig/närstående?**

I\_\_I = Ja, delvis beroende

I\_\_I = Ja, helt beroende

I\_\_I = Nej, inte alls

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**10. Har Du svårighet med....? (Flera svarsalternativ är möjliga)**

I\_\_I = Att tala

I\_\_I = Att läsa

I\_\_I = Att skriva

I\_\_I = Att svälja

I\_\_I = Inget av ovanstående

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**11. Har Du eller har Du haft kontakt med logoped?**

I\_\_I = Ja

I\_\_I = Nej

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**12. Röker Du?**

I\_\_I = Ja

I\_\_I = Nej

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**13. Känner Du dig nedstämd?**

I\_\_I = Aldrig eller nästan aldrig

I\_\_I = Ibland

I\_\_I = Ofta

I\_\_I = Ständigt

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**14. Tar Du medicin mot nedstämdhet?**

I\_\_I = Ja

I\_\_I = Nej

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**15. Tar Du medicin mot högt blodtryck?**

I\_\_I = Ja

I\_\_I = Nej

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**16. Hur bedömer Du ditt allmänna hälsotillstånd?**

I\_\_I = Mycket gott

I\_\_I = Ganska gott

I\_\_I = Ganska dåligt

I\_\_I = Mycket dåligt

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....



**17. Hur nöjd eller missnöjd är Du med den vård Du fått på sjukhuset?**

I\_\_I = Mycket nöjd

I\_\_I = Nöjd

I\_\_I = Missnöjd

I\_\_I = Mycket missnöjd

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**Var det något under Din vårdtid på sjukhuset som vi kunde ha gjort bättre?**

Vi är tacksamma om Du vill lämna synpunkter på hur Du upplevde följande delar av vården (sätt x i de rutor som stämmer bäst för dig).

**18. Hur nöjd eller missnöjd är Du med personalens bemötande?**

I\_\_I = Mycket nöjd I\_\_I = Nöjd

I\_\_I = Missnöjd

I\_\_I = Mycket missnöjd

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**19. Hur nöjd eller missnöjd är Du med enskilt samtal med läkare?**

I\_\_I = Mycket nöjd

I\_\_I = Nöjd

I\_\_I = Missnöjd

I\_\_I = Mycket missnöjd

I\_\_I = Har ej haft enskilt samtal med läkare

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**Information om sjukdomen stroke innebär att en muntlig eller skriftlig information eller beskrivning givits om exempelvis symtom, orsak, behandling eller råd om livsföring.**

**20. Hur nöjd eller missnöjd är Du med informationen eller beskrivningen om sjukdomen stroke?**

I\_\_I = Mycket nöjd

I\_\_I = Nöjd

I\_\_I = Missnöjd

I\_\_I = Mycket missnöjd

I\_\_I = Har ej fått information eller beskrivning om sjukdomen stroke

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**21. Hur nöjd eller missnöjd är Du med information om vart Du kan vända dig vid behov av stöd eller hjälp efter sjukhusvistelsen?**

I\_\_I = Mycket nöjd

I\_\_I = Nöjd

I\_\_I = Missnöjd

I\_\_I = Mycket missnöjd

I\_\_I = Hade ej behov av information om vart jag kan vända mig vid behov av stöd

I\_\_I = Har ej fått information om vart jag kan vända mig vid behov av stöd

I\_\_I = Vet ej

*kommentar*.....

**Med rehabilitering eller träning menas övningar för att förbättra eller bibehålla rörlighet och förmåga att klara Ditt dagliga liv.**

**22. Hur nöjd eller missnöjd är Du med rehabiliteringen eller träningen på sjukhus?**

I\_\_I = Mycket nöjd

I\_\_I = Nöjd

I\_\_I = Missnöjd

I\_\_I = Mycket missnöjd

I\_\_I = Hade ej behov av rehabilitering eller träning

I\_\_I = Hade behov men har ej fått rehabilitering eller träning

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**23. Hur nöjd eller missnöjd är Du med rehabiliteringen eller träningen efter  
utskrivning från sjukhuset?**

I\_\_I = Mycket nöjd

I\_\_I = Nöjd

I\_\_I = Missnöjd

I\_\_I = Mycket missnöjd

I\_\_I = Hade ej behov av rehabilitering eller träning

I\_\_I = Hade behov men har ej fått rehabilitering eller träning

I\_\_I = Vet ej

*kommen-  
tar*.....

**24. Vem har besvarat detta frågeformulär?**

I\_\_I = Patienten ensam skriftligt

I\_\_I = Patienten med hjälp av anhörig/närstående eller vårdpersonal

I\_\_I = Patienten per telefon

I\_\_I = Annan

I\_\_I = Patienten vid återbesök på sjukhus/vårdcentral

I\_\_I = Endast vårdpersonal

I\_\_I = Endast närstående

Fråga

25.

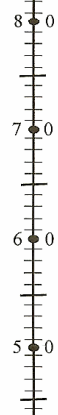
Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometer-liknande skalan till höger. På denna har Ditt bästa tänkbara hälsotillstånd markerats med 100 och Ditt sämsta tänkbara hälsotillstånd med 0.

Vi vill att Du på denna skala markerar hur bra eller

uängt Ditt hälsotillstånd är, som Du själv bedomer det. Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt Ditt nuvarande hälsotillstånd är.

**Ditt  
nuvarande  
hälsotillstånd**

Bästa  
tänkbara  
tillstånd



## Bilaga 2

### **Intervjuguide**

#### **Bakgrund**

1, Hur kommer det sig att du arbetar just här (hemsjukvård, stroke enhet)?

#### **Arbetsuppgifter**

2, Kan du berätta lite om ditt arbete/arbetsuppgifter?

3, Vilka arbetsuppgifter gör jobbet så pass intressant så att du stannar kvar och på vilket sätt är det intressant?

#### **Arbetet/utveckling**

4, Tycker du att du kan utvecklas inom ditt yrke? På vilket sätt?

#### **Riktlinjer**

5, Finns det riktlinjer inom hemsjukvården/stroke enheten som skall följas?

6, Tycker du att dessa riktlinjer kan följas till fullo samt kan det underlätta din kontakt med stroke patienterna?

#### **Strokepatienter/Livskvalité**

7, Upplever du att du kan stödja strokepatienterna (i deras rehabilitering)?

8, På vilket sätt kan du stödja dessa patienter? Inte stödja dessa patienter?

<b>Projektets titel:</b> "Att återvinna sin livskvalité efter stroke, med stöd av vårdprofessionen"	<b>Datum:</b> 2009-03-02
<b>Studieansvarig/a:</b> <i>Birdie Johannesson Jonsson</i>  <i>Vädergatan 37</i>  <i>382 38 Nybro</i> <b>Din E-post som student vid Malmö högskola:</b> <i>HF06490@stud.mah.se</i>	<b>Studerar vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040- 6657000</b>  <b>Utbildning: Handikapp – och Rehabiliteringsvetenskap C</b>  <b>Nivå:61-90hp</b>
<p><b>Information om projektet (tydlig information, syfte och tillvägagångssätt samt rikta informationen till den det berör):</b>Efter egna tidigare studier om vad stroke är och vad det kan innebära för den strokedrabbade gällandes sjukdomsbild och förändrad livskvalité, så har mitt intresse ökat inom detta område. Mitt syfte med denna studie kommer att utgå ifrån vårdprofessionens upplevelse om hur de känner att de kan stödja den strokedrabbade att återfå/återvinna sin livskvalité. Detta beror på att jag inte har funnit någon tidigare forskning inom detta område och ej heller någon modell/riktlinje för hur vårdprofessionen bör arbeta för att detta skall uppnås. Därför har jag en önskan om att få intervjua olika yrkeskategorier som arbetar med och för de strokedrabbade och då få kunskap om deras upplevelser samt om de arbetar med en viss modell för att stödja den strokedrabbade. Därefter är det min förhoppning att kunna jämföra de olika yrkeskategoriernas/individernas upplevelser och kännedom med varandra berättelser, för att se om det finns några likheter och olikheter dem emellan. Detta är sedan tänkt analyseras och även sammanföras med en litteraturgenomgång angående livskvalité samt de eventuella modeller som finns att tillgå.</p> <p>De primära frågorna som jag önskar att få svar på är följande;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hur ger vårdprofessionen mening åt sitt arbete och hur upplever de att de kan stödja strokepatienterna?</li> <li>➤ Hur upplever de riktlinjerna och när uppfattar de att det är problematiskt att följa dessa?</li> </ul> <p><b>Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien (ska stå sist på bilaga 1)</b></p>	